FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897 — No 8

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 16 décembre 1897, à 1 heure

PAR

L. DESMIER

DE L'IMPALUDISME

DANS LES MARAIS DE LA BASSE VENDÉE

Président : M. LABOULBÈNE, *professeur*.
Suffragants : MM. CORNIL et DEBOVE, *professeurs*.
MÉNÉTRIER, *agrégé*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS
GEORGES CARRÉ et C. NAUD, ÉDITEURS
3, RUE RACINE, 3

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897 — N° 82

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Presentée et soutenue le jeudi 16 décembre 1897, à 1 heure

PAR

L. DESMIER



DE L'IMPALUDISME

DANS LES MARAIS DE LA BASSE VENDÉE

Président : M. LABOULBÈNE, *professeur.*

Suffragants : MM. CORNIL et DEBOVE, *professeurs.* MÉNÉTRIER, *agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

GEORGES CARRÉ et C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER
Matière médicale et Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	BERGER. DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	N. PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILLES DE LA TOURETTE.	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	GLEY.	NELATON	THOINOT.
BONNAIRE.	HARTMANN.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HEIM.	POIRIER, chef des travaux anatomiques.	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	WALTHER.
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD.	WEISS.
DELBET.			WIDAL.
			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentés doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS.

Au cours de nos études, notre attention fut éveillée, par des circonstances tout à fait locales et personnelles, sur la valeur nosologique des Marais de la Vendée, situés sur les deux rives de la Sèvre Niortaise. A mesure que nos connaissances nous permettaient de mieux lire dans la science médicale, nous fûmes intrigué par l'allure particulière de maladies à dénominations pourtant classiques, mais dont le tableau, plus ou moins différent de la symptomatologie ordinaire, semblait devoir égarer le diagnostic. Habitant nous-même la contrée et désirant y revenir exercer l'art d'Hippocrate, notre curiosité chercha depuis ce temps satisfaction par l'étude du paludisme dans ce pays de marécages.

Nous avons été continuellement encouragé dans ce but par la constatation que certaines pyrexies devenaient soudain très graves, que leur fréquence coïncidait avec des époques déterminées, que leur allure à grands fracas conduisait trop souvent à une terminaison fatale. Autant de faits que du reste l'esprit populaire s'était déjà assimilés de longue date, et dont les gens reconnaissent bien encore le caractère de gravité, quand ils donnent à ces états pernicieux le nom de « mauvaises fièvres. »

Le paludisme, comme nous le dirons, faisait, il y a quelques années encore, beaucoup de ravages dans ces marais ; si maintenant les germes ont perdu de leur puissance infectieuse, s'il faut parfois aller les relancer sous un masque symptomatique spécial, il n'en est pas moins vrai qu'ils existent. De ce qu'ils sont plus difficiles à reconnaître, c'est une raison de plus pour les dépister et les combattre, car il n'est pas douteux que dans des affections qui déroutent le praticien par leur processus bizarre, leurs alternatives graves ou bénignes, le succès thérapeutique repose entier sur le diagnostic étiologique.

Nous étudierons d'abord les diverses causes qui favorisent encore la présence du paludisme ; puis nous passerons en revue plusieurs maladies où l'influence pernicieuse se révèle le plus souvent, dans les affections pulmonaires aiguës, sur les séreuses pleurales, meningées, articulaires, dans des fièvres saisonnières, dans des considérations toutes particulières sur les névroses.

Cette étude ainsi partagée nous permettra d'envisager spécialement les mesures de prophylaxie générale, qui, aidées de l'hygiène et de la thérapeutique, contribueront à faire disparaître l'impaludisme de la contrée.

Heureux si nous pouvons retirer de ce travail, auquel ont été apportés tout notre soin et notre amour-propre, des fruits utiles pour l'avenir, et apporter encore plus de ressources quand il s'agit de conserver une vie humaine.

Mais avant d'entrer dans notre sujet. Nous tenons à remplir un devoir agréable envers nos maîtres et tous ceux qui nous ont guidé dans nos études médicales.

Que M. le docteur Gaucher, dans le service duquel nous avons puisé nos premières connaissances, veuille bien recevoir ici le témoignage de notre gratitude très vive et très respectueuse pour le bienveillant intérêt qu'il nous a toujours montré dans le cours de nos études.

Nous nous félicitons d'avoir accompli notre stage obstétrical sous la direction de M. le Professeur Pinard, qui a su nous intéresser d'une façon toute particulière à l'art des accouchements.

Nous rendons hommages aux soucis que M. le docteur Petit a montrés pour nous inculquer la pathologie du cœur et nous le remercions profondément de nous avoir permis de profiter de son enseignement clinique.

Enfin nous considérons comme notre devoir d'adresser ici nos sincères remerciements à M. le docteur Ygonin qui a gracieusement mis à notre disposition sa savante expérience des Marais Vendéens.

Le choix de notre sujet nous a conduit tout naturellement à solliciter de l'un de nos maîtres les plus autorisés, M. le Professeur Laboulbène, la faveur insigne de l'avoir comme Président de thèse. Qu'il veuille agréer les respectueux hommages de reconnaissance que nous lui adressons ici pour l'honneur qu'il nous fait.

TOPOGRAPHIE DES MARAIS.

ÉTIOLOGIE DU PALUDISME ACTUEL.

L'aspect du territoire de la Vendée est très varié, du fait même de sa constitution géologique et des bouleversements qui ont contribué à former le pays tel qu'il est aujourd'hui. Sa côte, longue d'environ 140 kilomètres, est baignée par l'Océan Atlantique ; sa forme basse et envasée, fait suite d'un côté aux alluvions de l'embouchure de la Loire, et de l'autre aux régions marécageuses de la Charente près de la Gironde. Avec tous les géographes, nous diviserons cette contrée en trois parties qui sont : le Bocage, la Plaine et le Marais ; cette division repose essentiellement sur des caractères nettement tranchés empruntés au sol, à ses produits, ainsi qu'aux mœurs des habitants qui y sont répartis. Dans létude que nous avons voulu aborder, nous nous occuperons seulement des Marais, dont nous allons esquisser la description avant d'aborder sa pathologie, parfois spéciale, due à la nature de son terrain.

On appelle Marais, toute la côte occidentale et méridionale du département qui fut autrefois couverte par la mer ; elle occupe la place d'un ancien golfe, le golfe du

Poitou, dans lequel se déversaient les rivières actuelles, et dont la profondeur était peu considérable. De ce golfe qui à l'intérieur s'étendait jusqu'à Niort, il ne reste plus que la baie de l'Aiguillon, et encore est-il probable que le mouvement incessant des alluvions va l'enserrer chaque jour et finir par effacer ce qu'il en reste. Le Marais se trouve lui-même composé de divers éléments donnant lieu à des distinctions en : Marais salants, Marais desséchés et marais mouillés. C'est sur ces derniers que portera plus spécialemeut notre étude.

Le Marais mouillé, ainsi nommé à cause de son envahissement annuel par les eaux et des nombreux canaux assurant son irrigation, continue au midi des marais analogues de la Charente. Son aire se trouve limitée à l'intérieur du département par une ligne ondulée de contreforts commençant dans les Deux-Sèvres, puis, de Niort à Fontenay, suivant une légère concavité en dedans qui s'accentue de plus en plus à partir de cette ville et va finir en s'évanouissant dans les marais de Luçon. En somme nous avons un coteau légèrement ondulé, élevé de quelques mètres seulement au-dessus du niveau de la mer et disposé en forme de croissant. Dans le rebord de cette immense cuvette coule la Sèvre-Niortaise, sur les rives de laquelle s'étend la région marécageuse abandonnée par la mer en se retirant. De nombreux canaux, creusés sur l'initiative d'une société, assurent l'écoulement des eaux vers la mer car tout ce sol est uniformément plat, avec un drainage particulièrement difficile. Ce terrain est constitué en effet par des dépôts successifs de limons charriés par la Loire et la Gironde, limons que le mouvement incessant

et régulier des vagues a convertis en étendue remarquablement nivelée. Les marais du Poitou, joints à ceux de l'embouchure de la Charente, forment une superficie de 70.000 hectares. « Si on regarde comme limite de l'ancien golfe du Poitou les prairies voisines de Niort, sur les bords de la Sèvre Niortaise, dit M. Girard dans son livre sur les Rivages de la France, on en déduit qu'à une époque antérieure de quelques siècles seulement à la conquête des Gaules, la mer baignait encore les environs de Niort ».

Cette contrée est en partie boisée, mais sillonnée d'innombrables petits canaux ou fossés destinés à la fois à écouler les eaux et à délimiter les propriétés. Pendant plusieurs mois de l'année et, quelquefois, dès décembre, l'eau recouvre complètement le marais, envahissant absolument tout ce qui n'est pas, par une légère surélévation, destiné à protéger les habitations. Cette submersion annuelle dure plus ou moins longtemps, mais, en général ; de décembre à février, le sol est complètement recouvert d'eau ; parfois des crues subites viennent encore inonder, mais elles sont tout à fait irrégulières.

Alors, au printemps, les prairies et les bois se découvrent, restant blanchis par un limon infect dont le soleil et le vent ont bientôt fait de dessécher et disperser les germes paludéens. A ce moment du reste ce retrait des eaux permet enfin aux habitants de reprendre leurs propriétés ; ceux-ci se hâtent de cultiver, de mettre en mouvement la terre des marais à peine desséchés. Ces conditions mettent nécessairement les gens au contact d'odeurs nauséabondes en-

core accrues par le bouleversement que les travaux impriment aux dépôts vaseux.

La flore est assez riche surtout en plantes grasses. Les fossés sont remplis d'herbes aquatiques dont la végétation est très rapide, et souvent ce développement excessif produit des amas de végétaux qui ne tardent pas à tomber en putréfaction. De distance en distance on voit émerger des fossés d'épaisses touffes de roseaux désignés sous le nom de *rouches*. Si, avec certains auteurs, on admet que les plantes qui vivent dans les marais sont la source de l'infection miasmiatique, on peut rapprocher ces hypothèses du fait suivant, que c'est au moment de la végétation, après les crues du printemps, que la recrudescence des affections palustres se fait sentir. Que l'on joigne à cela le fait que les gens se servent volontiers de ces herbes comme litière des animaux, et l'on expliquera, en dehors d'autres agents, l'apparition du germe paludéen assez loin du marais lui-même. Aux époques d'encombrement de végétaux, l'eau est devenue si mauvaise que les poissons meurent et reviennent inanimés à la surface des rivières empoisonnées. Le rouissage du chauvre dans des eaux stagnantes, surtout dans les petits canaux, était autrefois un usage fort commun qui ajoutait à la corruption des eaux et de l'atmosphère.

Par contre, quand ces périodes d'inondation sont achevées, arrivent l'été et la chaleur devenue quelquefois étouffante au milieu de ces prairies bordées d'arbres, avec un sol qu'on dirait chauffé par un courant souterrain de vapeur d'eau. Il arrive alors ce qui arrivait autrefois, sur une étendue beaucoup plus considérable, avant

l'irrigation par les grands canaux : les eaux deviennent stagnantes, croupissantes, bientôt l'évaporation plus active, met à nu un fond vaseux mélangé de détritus végétaux, de matières organiques de toutes sortes, quelquefois animales. L'odeur qui se dégage de ces foyers de putréfaction se fait vite sentir; encore n'est-ce pas au moment le plus chaud de la journée. L'instant le moins critique est celui de la plus forte chaleur, au moment où le soleil est le plus élevé sur l'horizon ; l'instant le plus dangereux est au contraire celui qui accompagne le coucher du soleil ou précède son lever. En effet, la vapeur d'eau condense alors les miasmes disséminés par la chaleur du jour : quand la brume du soir est tombée ou que l'évaporation du matin commence, ces germes trouvent un plus facile accès dans l'organisme. Dans ces heures où la nuit va tomber, on se sent saisi à la gorge par les émanations marécageuses qui semblent former toute l'atmosphère et porter partout leur pénétrante âcreté.

Du reste, un autre élément vient aider à la propagation des germes malariens, c'est le vent. La côte de la Vendée est continuellement balayée par les vents ; parfois on observe de véritable ouragans déracinant des milliers d'arbres dans une seule journée. Principalement dominent les vents du sud, du sud-ouest, de l'ouest; ce sont ces agents qui vont semer sur leur passage, depuis le bord de la mer jusque dans la plaine, les émanations malsaines. Car, comme nous le dirons plus loin, le paludisme ne se trouve pas limité seulement aux marais ; la lisière s'en ressent également, quelquefois à de grandes distances. On peut rapprocher le fait cité par Lancési :

« Trente personnes de Rome se promenaient vers l'embouchure du Tibre. Le vent vint tout à coup à souffler des marais dont il apporta les émanations ; vingt-neuf d'entre elles furent atteintes de fièvres intermittentes ».

Cette description sommaire de l'état actuel des marais mouillés de la Vendée a été faite pour faire ressortir les causes nombreuses qui continuent à perpétuer l'impaludisme dans cette contrée. Nous avons essayé de montrer les conditions de développement de la malaria. D'un côté les influences venant du sol lui-même en favorisent l'éclosion. N'avons-nous pas vu ce terrain, inondé et submergé chaque année, exposant ensuite un limon verdâtre et nauséabond au soleil et aux vents? Plus loin, ce sont des fossés remplis de détritus végétaux amassés par le luxe même de la végétation et devenant une source de putréfaction. De plus, au printemps, le sol encore recouvert de ce dépôt amené par les eaux, est livré à la culture, conditions éminemment favorables à la dissémination du paludisme. Le fond,argileux en presque totalité favorise davantage l'exhalaison, puisque l'eau doit être évaporée par faute d'absorption N'y pourrait-on pas voir aussi l'influence de la contagion par l'eau potable? Car, occupé à des travaux dans les marais pendant les plus fortes chaleurs de l'été et dévoré par la soif, le travailleur se désaltère souvent dans la première eau stagnante. Au village de la Sèvre, la population fait exclusivement usage, sauf quelques exceptions, de l'eau de la rivière sans l'avoir épurée par l'ébullition. Sur la lisière même du marais, les puits ne sont guère alimentés que par des

infiltrations. et l'eau est douceâtre, parfois boueuse, avec odeur de marécages.

Ainsi, de part et d'autre, les conditions diverses des eaux et du sol, viennent créer une matière à infection. Cette dernière est particulièrement favorisée au déclin de la saison d'été, en automne; les observations où se manifeste l'influence paludéenne sont, en effet, beaucoup plus nombreuses à cette époque de l'année. La température semble donc agir en répandant davantage la matière infectieuse. C'est sur une terre fangeuse, laissée à nu par l'évaporation, que des gens laissent pénétrer des vapeurs fétides dans leurs poumons, assaillis dans leurs travaux par les émanations d'une grande quantité de débris organiques, souvent enveloppés par des brouillards froids qui doivent contribuer à leur moindre résistance.

Nous avons vu aussi quelle large part prenaient les vents à cet égard, surtout les vents du large de la mer. Car il faut remarquer que l'influence paludéenne se manifeste à une distance assez grande des bords du marais, soit que l'on envisage le fait comme résultat de la prépondérance miasmatique des vents, soit comme manifestation d'un paludisme tellurique. Nous ne discuterons pas les raisons d'être de ces idées qui peuvent toutes deux se compléter. Les émanations marécageuses se répandent en effet à une grande distance, plus ou moins considérable suivant l'état de l'air, c'est pourquoi nous voyons les bourgades, situées sur le bord du coteau qui délimite les marécages, souvent infectées par les vents du midi. C'est ce qui arrive notamment pour la population de la plaine avoisinant Beuet, Oulmes, entre autres. Il est,

avec cela, un fait démontré aujourd'hui, c'est que les miasmes paludéens sont plus sujets à se répandre d'abord sur les lieux élevés que dans les parties basses, au pied même de leur foyer.

D'une façon générale nous résumerons les conditions qui président aux manifestations paludéennes en disant que l'insalubrité relative du pays est occasionnée par les trois apports que l'on rencontre partout où il y a paludisme : *chaleur*, *humidité*, *effluves*.

§

Un ensemble de pays marécageux présentant ainsi actuellement des foyers d'infection malarienne, a eu un passé pathologique dont nous avons cru utile de donner un aperçu. On peut se faire une idée de la violence avec laquelle sévissait la fièvre intermittente en Vendée, si on se rapporte à un mémoire du docteur Manceau chirurgien-major au 18e d'Infanterie légère, « relatif aux fièvres intermittentes qui ont régné épidémiquement sur la Vendée pendant l'année 1831 ». Un autre médecin de l'armée, le Docteur Bouté, publiait à la même époque un mémoire analogue, se rapportant à la partie de la Vendée qui se rapproche des bords de la Loire. Parlant de la topographie du marais, il fait remarquer que les canaux d'écoulement étant insuffisants, l'évaporation seule dessèche les marais sous l'influence d'une température élevée. Les conditions ont heureusement changé et cependant, d'après lui, l'assainissement n'était pas très facile.

« Le dessèchement par le libre écoulement des eaux,

écrit-il, est une opération si difficile et si compliquée, en architecture hydraulique, dans un marais comme celui de la Vendée, qu'il nous paraît impossible de l'exécuter aussi ». Aussi la malaria faisait-elle fureur, surtout sur les personnes arrivant dans le pays sans l'avoir jamais habité. Le Docteur Manceau constate, ce que nous ferons remarquer aussi, nous, ultérieurement, l'influence de l'habitude. « Elle ne préserve pas de l'action lente, profonde et durable des eaux, de l'air et des lieux, mais elle familiarise, jusqu'à un certain point, avec l'influence pathologique des émanations marécageuses et permet aux habitants de ces contrées de conserver une sorte de santé ». Cependant les observations qu'il relate ne sont pas bénignes en faveur des habitants.

Le type qui régnait le plus souvent était le type tierce, mais subissant ensuite des modifications remarquables. La presque totalité du régiment a été atteinte de fièvres d'accès ; ces dernières se présentaient avec toutes les variétés possibles. Aussi, cherchant à expliquer des phénomènes si variés, l'auteur parle-t-il ainsi : « Je pense que, parmi le nombre vraiment affligeant de nos convalescents, il y a des hommes atteints 1° de fièvres d'accès affaiblies, dégénérées et sans affection locale, 2° de phlegmasies chroniques des viscères du bas-ventre, de la poitrine, du cerveau et de ses membranes, 3° de faiblesse générale accompagnée de symptômes singuliers dépendant du système nerveux, etc... ».

Passons aux faits.

A N.-D.-du-Mont, un officier avec 32 hommes eut 16 malades en août qui furent dirigés à l'hôpital. Parmi

ces malades, 7 ont succombé pendant le premier accès.

A Palluau, 7 hommes tombèrent malades, 2 moururent pendant les premiers accès.

A la ferme de Somet. 22 personnes, hommes et femmes, parmi lesquels onze journaliers, eurent la fièvre d'accès le même jour.

A la ferme de la Rivière, 10 personnes sur 12 furent atteintes par la maladie.

Aperçu symptomatologique.

Le paludisme, tel que nous allons l'étudier maintenant dans les Marais actuels de la Vendée, ne présente plus les mêmes caractères, grâce à des influences nombreuses que nous essayerons de montrer plus loin dans un chapitre spécial. Si l'on ne trouve peut-être plus de ces accès franchement définis, de perniciosité, éclatant en dehors de tout autre élément pathogénique, si l'on ne voit plus des fièvres intermittentes tenant des sujets sous leur dépendance quelquefois pendant des années, si l'on ne voit plus. en un mot, le paludisme vrai, le paludisme type, il n'en n'est pas moins réel que son influence persiste. Nous chercherons à montrer que peut s'appliquer à la pathologie de la contrée, cette phrase de Trousseau dans une ne ses cliniques sur le paludisme : « Il faut bien se garder, dit-il, de confondre ces retours plus ou moins éloignés, plus ou moins périodiques, de phénomènes morbides relevant d'une cause unique, persistante, d'un état diathésique de l'organisme, avec les récidives des phleg-

masies et des pyrexies.... ». Devant les caractéres particuliers de certaines fièvres, nous reconnaîtrons « cette disposition particulière et acquise de l'économie » puisqu'ici, dit Troussseau, « comme dans toute diathèse, vous retrouverez une cause morbifique qui peut rester silencieuse pendant un temps plus ou moins long dans l'organisme qu'elle affecte ; cette analogie ressortira bien davantage encore de ce que j'aurai à vous exposer de la diversité des manifestations de cette cause morbifique ».

La symptomatologie spéciale nous montrera cette diathèse se révélant à chaque pas. Souvent un malade est envahi par une courbature,avec nausées, vomissements, légère température, qui cèdent parfaitement à l'indifférence qu'on y apporte, quand, au moment de la terminaison apparente, surviennent des acces de périodicité plus ou moins définis. Souvent ils sont si légers que le malade les méconnaît, n'y prête guère attention, et cependant ce malaise, d'apparence et d'allures insignifiantes, va se continuer, se prolonger par une faiblesse incompatible avec le début. Quelquefois un accès ne débute que par une lourdeur de tète dont la persistance a vite éveillé l'attention et fait constater la périodicité : la somnolence s'empare du malade, des symptômes congestifs légers s'y ajoutent et le tout est suivi ou non par un stade de sudation, mais toujours par une grande lassitude. Laissons cette situation abandonnée à elle-même, il adviendra que l'appétit va se perdre, la langue se charger de plus en plus, l'indisposition s'accentuer et le malade s'aliter. Et finalement cette période prodromique essentiellement variable aboutira à ce qu'on peut appeler fièvre muqueuse,

gastrique à forme rémittente, dont nous parlerons spécialement et comparativement à la dothiénentérie.

Ailleurs c'est d'une façon chronique que la fièvre palustre se montre, en provoquant une langueur spéciale, une anémie qui, chez les jeunes filles, est l'occasion de chloroses quelquefois graves, contre lesquelles les ferrugineux exclusifs sont insuffisants. On peut dire que cette anémie particulière constitue, à elle seule, une véritable malaria.

C'est surtout sur les affections pulmonaires que l'on peut étudier l'apport du paludisme, soit sur les bronches seules, soit sur le parenchyme pulmonaire, mais principalement dans les états pyrétiques. La tuberculose elle-même s'en ressent et sa marche est accélérée, sa guérison plus problématique, mais nous ne croyons pas que ce retentissement aille au delà, et il n'y a pas de liens plus étroits entre les deux maladies. N'aurait-elle cependant pas comme étapes, les bronchites répétées devenant chroniques, aboutissant à la dilatation bronchique et à l'emphysème ? A ce compte, on peut considérer le paludisme comme la cause occasionnelle de la phtisie. En tout cas la complication paludique semble en favoriser la contagion. Les maladies qui atteignent les séreuses seront également modifiées dans leur cycle ou leurs symptômes qui tendront vers de redoutables processus, tels que la méningite.

Enfin il y a un fait certain, c'est qu'actuellement dans la région qui nous occupe, les émanations marécageuses causent sur l'organisme une influence qui se manifeste par une modification profonde de l'économie, compatible

avec une sorte de santé ; c'est là le résultat de leur impression lente et habituelle. Elles permettent, d'un autre côté, le développement des maladies à exaspération périodique de fièvres d'accès à l'occasion d'une intensité de cause, de manque d'hygiène, d'une infection miasmatique plus prolongée, enfin, comme nous allons surtout le montrer, à l'occasion, d'une modification vitale quelconque et née d'un autre principe pathogène. Ici l'influence palustre ne détermine pas plus une forme de maladie qu'une autre, mais elle devient une des causes de développement de la disposition morbide qui est dans l'individu, sous l'influence d'une autre cause. S'il ne nous est pas donné de constater des modifications générales habituelles du paludisme sur l'économie, nous nous attacherons à des localisations particulières qui n'en présentent pas moins un vif intérêt. Nous allons donc chercher là où la fièvre paludéenne entre en jeu, en dehors de sa nature franche et exclusive, passant en revue les diverses affections précédemment énumérées.

Dans ce but a germé l'idée de cette thèse : dépister l'influence pernicieuse, montrer la « diathèse palustre suivant Trousseau », où elle s'insinue, ses manifestations sur l'économie, les moyens de la combattre en faisant ressortir l'importance des causes qui l'ont affaiblie jusqu'ici et permettront certainement de la faire disparaître. A cette occasion nous avons fait appel aux souvenirs cliniques d'un distingué praticien, qui pendant plusieurs années, a été à même de rechercher et de combattre ce qui reste du paludisme, dans les Marais mouillés de la Vendée.

AFFECTIONS PULMONAIRES INFLUENCÉES PAR LE PALUDISME.

Les troubles fonctionnels apportés dans l'appareil respiratoire sont nombreux et variés ; mais, laissant de côté les affections chroniques, nous considérerons spécialement les modifications bronchiques et pulmonaires à forme pyrétique.

Avec la bronchite, nous pouvons exposer cette assertion de Grasset, car elle sert absolument de thème à ce chapitre : « Il y a des bronchites qui sont liées à l'intoxication paludéenne, comme il y a des bronchites qui sont liées à la rougeole ou tout autre état morbide ». Rien de plus vraisemblable, en effet, après avoir considéré le paludisme comme un état latent, une diathèse, cherchant à déteindre sur l'économie. Ce sera cette fois à l'occasion d'une bronchite que viendront se produire ces manifestations spéciales ; que cette bronchite soit le résultat d'un coryza, d'une pharyngite, que le rhume soit, en un mot, tombé sur la poitrine, comme l'on dit vulgairement, ou que l'installation ait lieu d'emblée.

« Ces bronchites seront donc bien mieux caractérisées par la nature de leur cause que par l'importance de tel ou tel symptôme, dit encore l'auteur précédent. Il y a seule-

ment un élément pernicieux en suspens, toujours prêt à retentir sur les organes respiratoires en y adjoignant ses effets, surtout quand une moindre vitalité en diminue la résistance. Parmi ces bronchites, il en est qui surviennent d'une façon brusque, et sans le cortège des causes ordinaires ; la toux est vive, opiniâtre, devient périodique, avec exacerbations plus ou moins régulières. Les signes fournis par l'auscultation obéissent à cette périodicité. L'oreille vient d'entendre des râles peu nombreux, à bulles plus grosses, la toux est moins fréquente, moins fatigante, l'air pénètre mieux dans les canaux bronchiques, la résolution s'annonce parfaitement et promet de se continuer. Mais aux espérances prématurément fondées succède un nouvel état pyrétique, une sorte de paroxysme fébrile avec recrudescence dans les signes stéthoscopiques : murmure vésiculaire affaibli, expiration prolongée et sibilante, râles sous-crépitants, fins, dyspnée, etc... Heureux encore quand on n'assiste pas, pendant le cours de ces bronchites périodiquement transformées, à une localisation sur les bronches capillaires. Cette complication redoutable frappera de préférence les jeunes enfants et les conduira à la mort, par l'asphyxie, rapidement. Après avoir ainsi joué avec l'organisme, ces véritables fièvres bronchiques d'accès donneront lieu, si elles ne sont soumises à une thérapeutique bien comprise, à des détentes sudorales parfois considérables ; les sueurs peuvent durer des semaines, des mois, des années, accompagnées ou non d'état fébrile, s'exagérant pendant la nuit. avec dyspnée, amaigrissement, un cortège symptomatique, enfin, éveillant l'idée de la redoutable phtisie.

L'auscultation permettra rapidement d'empêcher cette erreur dans la majorité des cas.

Nous venons d'exposer brièvement les caractères d'une bronchite à accès paroxystiques plus ou moins intermittents, en tout cas, toujours contrariée et retardée dans son évolution par des périodes pyrétiques et sudorales. Que peut-elle devenir si elle n'est pas combattue par une thérapeutique appropriée ? Il n'est pas rare d'abord de voir l'état précédent se prolonger, résister au traitement (le plus souvent parce que ce dernier ne se base pas sur la notion étiologique), puis s'accompagner d'expectoration abondante, visqueuse, striée de sang ou muco-purulente. Quand l'affection est arrivée à ce point, le caractère chronique ne fait que s'accentuer et aboutit invariablement à l'asthme, à l'emphysème.

Il y aura aussi des bronchites chroniques d'emblée, comme l'a bien démontré Grasset ; plus souvent encore des formes mixtes paroxystiques intermittentes et chroniques. Du reste, il peut se faire que l'état pyrétique ne soit pas en rapport avec ce qu'il y a de paludisme, et il faut penser à chercher des manifestations malariennes même en dehors de cette symptomatologie d'accès devenue heureusement plus rare dans la région qui nous occupe. Le paludisme peut s'annoncer par toute autre chose que par la fièvre ; nous en trouvons la preuve dans ces formes de bronchites, chroniques dès leur début, accompagnées de détentes sudorales, ou plutôt d'un état sudoral continuel. Nous serons à même de constater cette indépendance relative de la bronchite chronique avec l'accès de fièvre, comme ultérieurement la même analogie

par rapport aux autres modes d'influence palustre.

Un cultivateur célibataire, à Sourdaut, F..., présentait des accès d'oppression, avec un peu de toux, mais des sueurs abondantes. Cet état dura cinq ans environ et fut guéri, en cinq ou six semaines, par un traitement convenable, 1885.

Nous avons vu un autre malade, N..., à Oulmes, à la suite d'une bronchite développée dans des conditions d'influence paludéenne manifeste, (travaux dans les marais, malaise assez long et persistant, avec légers frissons et mouvements fébriles), contracter un état sudoral tellement extrême, qu'il gardait la chambre tout le temps depuis plusieurs années.

INTERVENTION PALUDÉENNE DANS LA PNEUMONIE.

Nous allons étudier les transformations plus ou moins profondes que fait subir à la pneumonie l'influence paludéenne, et il sera intéressant d'abord de se laisser aller à des considérations étiologiques de nature à éclairer la pathogénie des symptômes ultérieurs. Cette affection pulmonaire est assez fréquente dans les marais Vendéens ; pour s'en convaincre, il suffit de passer en revue une année seulement de pratique médicale et se rappeler les nombreux cas où le praticien a été appelé à donner ses soins pour des maladies qualifiées invariablement de fluxion de poitrine par les habitants. Que cette fréquence soit plus ou moins considérable à certaines époques, la chose est indiscutable, mais il ne faudrait pas y chercher autre chose qu'une question de causes occasionnelles, qu'une adaptation de l'organisme aux germes pneumoniques. Il n'y aurait, autrement dit, pas d'autre corrélation entre la pneumonie et la fièvre des marais. Cependant nous croyons faire intervenir ici, du moins dans quelques cas, la question du terrain et du germe. Le refroidissement, en effet, qui était autrefois la cause la plus fréquemment attribuée aux fluxions de poitrine, ne conserverait-

il pas là une prédominance manifeste, grâce à l'adjonction malarienne ? Et l'humidité, le froid, auxquels sont soumis souvent des sujets, avec alternatives de chaleur et de transpirations abondantes occasionées par les travaux, ne seraient-ils pas la cause adjuvante, voire même déterminante qui va appeler l'autre élément infectieux paludéen, en diminuant la résistance de l'organisme ?

La diathèse palustre reprend ici sa place avec son importance, pour expliquer ces exacerbations fébriles, ces retours plus ou moins éloignés et périodiques. Avec Kelsch et Kiener nous pouvons dire justement à l'égard de cette pneumonie : « Ici se manifeste une des particularités les plus caractéristiques des germes paludéens, qui est de se fixer à l'état latent dans l'organisme, pendant une période fort longue, pour ne se révéler que par intervalles, sous la stimulation de maladies intercurrentes, auxquelles il ajoute ses effets et imprime ainsi une modalité spéciale différant de leur forme habituelle ».

Quant à savoir ce qui revient à la pneumonie et à la malaria, dans ces modifications symptomatiques, nous croyons que cet enchevêtrement est souvent bien difficile à démêler, surtout quand l'élément pernicieux se trouve assez affaibli, comme dans la contrée actuelle, tout en conservant sa nocuité indéniable.

La pneumonie se trouve influencée d'une manière remarquable ; et, pour s'en rendre bien compte, il est nécessaire de voir et de revoir le malade d'une façon fréquente, afin d'examiner et de constater toutes les exacerbations périodiques. Celles-ci portent non seulement sur les symptômes fébriles, pouls et température, mais aussi sur

les signes stéthoscopiques, et c'est ce qui en fait l'intérêt.

Dans la pneumonie, telle que nous l'avons rencontrée dans le pays des marais, il a été donné de voir que l'on avait affaire à des symtômes alarmants ou non, graves, bénins, d'une façon invariable. Des pneumonies, ou plutôt des fluxions de poitrine avec simple congestion, cèdent très facilement à la thérapeutique et sans aucun doute auraient cédé d'elles-mêmes ; la température ne dépasse guère 39°, ou atteint 40° par accès. Le tableau en est aussi banal que peu redoutable. D'autres fois, de véritables pneumonies graves dépassant 40°, avec un bloc d'hépatisation compact, un exsudat fibrineux abondant, présentent un ensemble de symptômes compliqués avec exacerbations violentes. Eh bien ! dans ces deux aspects si différents de modalité et de gravité, nous pouvons voir une même gamme de la même perniciosité ; entre ces simples congestions brusques et les véritables déterminations pneumoniques il n'y a le plus fréquemment que la même infection miasmatique.

Une constatation, relevant des observations et de l'expérience du docteur Ygonin, pendant nombre d'années d'exercice, dans ces marais de la Vendée, nous a permis de conclure ainsi dans les changements imprimés à la marche classique de la pneumonie.

1° L'exacerbation de l'état fébrile précède presque toujours l'exagération des signes locaux, et d'un délai très variable. Ce dernier tient sans aucun doute à un degré différent de puissance dans l'infection, ou à un ensemble de conditions individuelles spéciales. Cette assertion se

trouve trop fréquemment vérifiée, pour ne pas dire que chez des fébricitants de ce marais, les pyrexies peuvent être ainsi jugées. Chaque fois qu'une fièvre atteint 39° à 40°, sans symptômes bien accusés indiquant une infection et entraînant une incertitude de diagnostic par la divergence et l'anomalie des signes, elle relève du paludisme, subit son influence. Il y a ici un fait analogue à ce que nous rencontrerons en étudiant les méningites.

2° Les accès tiennent sous leur dépendance l'envahissement plus ou moins graduel de l'organe par les manifestations pathologiques. Les pneumonies seront donc proportionnées aux fièvres d'accès ; bien différentes de ce que l'on rencontre dans les bronchites, où l'état pyrétique n'est pas toujours en rapport avec ce qu'il y a de paludisme, où la perniciosité se montrera parfois par autre chose que par de la fièvre. Mais ici l'exacerbation du début sera un guide préventif qui permettra de mesurer les modifications pathologiques ultérieures à son intensité. La rapidité des accidents sera également en rapport avec cette intensité.

3° Si une simultanéité s'établit entre l'exagération fébrile et l'aggravation de l'état local, elle est un signe de gravité, surtout si les accès se rapprochent et s'ils amènent une hyperthermie dont il faille tenir compté. Il arrive alors que lorsque les exacerbations sont très fortes, leur influence sur le poumon devient immédiate, la marche de l'infection est plus opiniâtre, le parenchyme pulmonaire, transformé en bloc fibrineux, se laisse alors envahir par les streptocoques et la purulence s'établit. Il arrive ce qui se produit dans les cas ordinaires d'empyème

et la maladie se trouve soumise aux hasards de l'évolution du processus pyogène.

Quand l'infection s'appesantit surtout sur l'état général, les symptôme s'aggravent, la langue se sèche ainsi que le pharynx, le pouls perd sa régularité et surtout des manifestations cérébrales ne permettent plus de retrouver les anciennes exacerbations. L'état pyrétique est alors continu, l'atonie persistante ainsi que la sudation qui est également très abondante, assez pour que quelquefois il y ait intérêt à la faire dériver. La manifestation sudorale particulière à ces états graves de pneumonie peut se produire également en diarrhée et, dans certaines circonstances, s'accompagner d'état urémique, comateux.

Cet ensemble symptomatique sera jugé diversement, mais si pour certains il ne diffère pas de la pneumonie infectieuse, nous n'hésiterons pas, vu les conditions étiologiques, l'anomalie des symptômes et la marche de la température, à en faire une pneumonie pernicieuse paludéenne.

Qu'il nous soit permis avant de terminer cet aperçu, de citer les paroles du docteur Robert de Latour, afin d'anticiper sur la démonstration expérimentale de nos observations. Ce dernier, après avoir constaté l'insuffisance de la thérapeutique et ses mécomptes successifs dans les pneumonies, se prend à en chercher la cause. « Bien différents ont été les résultats de ma pratique quand, frappé de cette chaleur ardente que je constatais avec la pneumonie, j'ai enfin compris que la lésion locale n'est pas toute la maladie, que la fièvre constituée par une grande élévation de la température organique n'est pas de moin-

ure importance, que les deux mouvements morbides, local et général, procèdent d'un même principe étiologique et que c'est ce principe que doit atteindre la thérapeutique pour les soumettre tous deux ».

Le nommé B..., de Benet, présente une hépatisation complète survenue après cinq exacerbations. Celles-ci ayant pris un caractère subintrant, avec une moyenne de 40°, ne pouvaient être enrayées facilement (la quinine cessant d'être absorbable par la muqueuse digestive chez beaucoup de sujets, à 40 degrés). Après hémoptysies assez fortes venant chaque jour pendant l'exacerbation (de 3 heures à 8 heures) surviennent l'infarctus, l'hépatisation grise, des collections purulentes terminées par vomiques. Finalement la convalescence s'établit au bout de neuf semaines 1890).

Observation relative au Dr Y... et racontée par lui-même.

« En mars 1884, après des courses sur le bord du canal de la Garenne de Sainte-Christine, je me réembarque sur le canal pour Aziré. Je me sens saisi par une impression glaciale intense; c'était durant la nuit. L'incubation n'a pas été longue, ni les prodromes. Le lendemain même, dans un endroit public, pris par un sentiment de lipothymie je tombe comme une masse et l'on m'emporte. Le soir j'avais 40° 5.

Le lendemain, matin état amélioré. Le lendemain soir j'étais au plus mal. Sentant que j'étais sous une influence

pernicieuse, je prescrivis à mon entourage de me faire prendre par l'intestin plusieurs jours de suite, deux grammes de chlorhydrate de quinine, dans la nuit et autant le matin.

Je perdis conscience de ce qui m'entourait et m'arrivait. Malgré le traitement énergique que je m'étais prescrit je n'empêchai point une pneumonie du côté droit avec toux très douloureuse, crachats rouillés et une soif épouvantable, que des affusions d'eau froide, des lavements froids pouvaient seuls apaiser. Alimentation : lait battu avec des blancs d'œufs. Boisson, bière glacée et champagne frappé.

Les violents accès ne se reproduisirent plus après le troisième jour, mais je tombai dans une prostration considérable à laquelle se joignit, le soir et la nuit, cette horrible soif.

Mon confrère B...., d'une localité voisine, ayant vu ma situation, vint me voir une fois, m'engagea à prendre du kermès, que je ne pris pas, et déclara, après auscultation, que si je pouvais reprendre mes occupations au bout de quatre ou cinq mois, il y aurait miracle.

Et dix-huit jours après cette syncope, je faisais à cheval une promenade de 20 kilomètres ».

Le nommé P... âgé de 70 ans, au Mazeau, sans aucun antécédent personnel, est pris subitement de frisson suivi d'un malaise persistant, pendant qu'il était en bateau. C'était le 8 septembre 1895. et il était onze heures du matin.

Il s'alite immédiatement après son retour chez lui. Le soir et la journée du lendemain, l'état reste apyrétique. A

4 heures du soir, légère rétention fébrile sans persistance.

Lundi matin, surlendemain, à 6 heures, l'accès se produit franchement, assez violent pour persister jusqu'à une heure du soir ; nuit relativement meilleure.

Mardi, l'accès reprend, à 9 heures, le matin. Il est caractérisé par un redoublement de sécheresse et de soif, par une température de 39°, un pouls, de 95, par de l'oppression. Il y a de l'aggravation des signes stéthoscopiques, dénotant un centre d'hépatisation dans le lobe inférieur et une réaction par vicinité sur le péricarde. Dans le stade pyrétique, il y a du subdelirium et des troubles circulatoires expliquant les intermittences et les lacunes du pouls.

La quinine a retardé les accès qui se manifestent le jour au lieu de la nuit et 3 heures plus tard que lundi matin ; elle n'a pas encore diminué la gravité des accès.

Potion contenant du sirop d'antipyrine, de l'extrait de quinquina et du sirop d'aconit.

Le 11 septembre, jeudi au matin, pouls régulier 90, température 37°9. Influence manifeste de la quinine qui retarde de plus en plus l'heure des accès. Le mouvement fluxionnaire tend à se reproduire, sans s'aggraver, à gauche. Moins de troubles circulatoires, mais extension pneumonique à droite ; sous-crépitants assez gros et humides, quelques râles fins aussi. Peu de temps après une légère épistaxis, assoupissement marqué. Le malade, à diverses reprises, se plaint d'une pesanteur de tête insupportable ; l'assoupissement et la prostration ont un caractère à la fois typhique et congestif.

Ces symptômes semblent nous indiquer que [la quinine a lutté avantageusement contre le stade pyrétique, mais le processus pernicieux n'est pas complètement enrayé.

15 septembre. Depuis quelques jours les accès reviennent sur les onzes heures du matin. Le malade accuse un redoublement d'oppression avec gêne très prédominante à droite. La sécheresse de la langue a résisté au calomel.

A 10 heures du matin, température 38.8 pouls à 97. Beaucoup de râles crépitants fins à gauche ; respiration très soufflante, à droite, avec submatité.

Pendant encore trois jours l'état pernicieux continue et, le 20 septembre, on n'est plus autorisé à avoir d'espoir, les mauvaises chances l'emportant décidément sur les bonnes. Quand le 21 au matin, sur les 10 heures, une détente sudorale extrêmement abondante vient terminer l'état comateux dans lequel était plongé le malade. Ce dernier depuis cinq jours prenait 1 gramme 50 de sulfate de quinine par jour en deux doses. Traitement local limité à quelques vésicatoires pour satisfaire les exigences de l'entourage.

A partir de ce jour, les accès ont disparu peu à peu, se limitant à des expectorations abondantes, et toujours suivis de sueurs considérables.

Nous avons revu le malade, six mois après et rien dans son état ne pouvait indiquer qu'il avait été sous le coup d'un état pernicieux aussi grave.

Observation (in Tartenson, Traité clin. des fièvres larvées).

Cette observation trouve sa place ici, car elle a été prise dans une localité avoisinant les marais de Boin et de Beauvoir, qui sont la continuation des marais dont nous avons parlé et, comme eux, sont une source d'infection palustre.

« Au commencement du mois d'août, un enfant âgé de neuf ans, fort bien constitué, quitte Paris en pleine santé pour aller passer ses vacances au bord de la mer.

Le 10 août, à la suite d'une partie de campagne, cet enfant contracte un rhume, d'ailleurs sans gravité, et qui ne lui enlève ni l'appétit, ni la gaieté.

Le dimanche 15, il ne déjeune pas ; il passe sa journée étendu sur la plage sans prendre part aux jeux de ses petits camarades. La nuit est bonne. Le lendemain, à quatre heures de l'après-midi, il est pris d'un violent accès de fièvre débutant par un frisson et s'accompagnant d'une toux sèche et incessante. Température 40°5 avec agitation et délire.

A dix heures du soir on administre un lavement de 50 centigrammes de sulfate de quinine.

Le 16 août, la température se maintient à 39°. La fièvre est continue (quinine 50 centigr. en deux doses).

Le 17 août, à onze heures du matin, accès de toux qui dure une heure et se termina par un vomissement. Pneumonie à la base droite.

L'enfant, d'ailleurs, n'accuse pas de point de côté. Tem-

pérature, 40°2. — Quinine, 75 centigrammes. — Le soir, la température est descendue à 39° ; il y a donc amélio ration.

Le 18, la pneumonie a disparu. Journée semblable au 16. Quinine, 50 centigrammes.

Le 19, à dix heures du matin, accès de toux. Vomissement. Pneumonie au sommet droit.

Le 20, la pneumonie a disparu. Journée semblable au 16.

Le 21, à 7 heures et demie du matin, 40°5. Accès de toux. Vomissement. Pneumonie à la base à gauche, rien à droite. — Quinine, 75 centigrammes. Le soir, 39°5.

Le 22, à 9 heures du matin 40°5. Accès de toux. Vomissement, La pneumonie persiste (respiration soufflante). Application d'un vésicatoire.

L'état se maintient ainsi jusqu'au 27 août. Chaque matin, vers 9 heures, revenait l'accès de toux qui durait en moyenne une demi-heure et se terminait par un vomissement après lequel il y avait une détente et le thermomètre tombait à 39 degrés.

Les doses de sulfate de quinine furent progressivement augmentées et, dans la journée du 26 août, on en administra jusqu'à 13 décigrammes, en plusieurs fois.

Le soir même on constate une amélioration considérable et, pendant la nuit, le thermomètre descend pour la première fois au chiffre presque normal de 37°2.

Le 27, toute trace de pneumonie a disparu. L'enfant se lève. Il est encore très affaibli mais, néanmoins, il déjeune et dîne avec appétit. On le considère comme en état de convalescence.

Le 28, l'amélioration persistant, il passe toute la journée à jouer dans un salon dont les fenêtres sont ouvertes.

Le soir, à 7 heures, il est repris de malaise et obligé de se remettre au lit.

La pneumonie, dont il n'existait plus la moindre trace dans la poitrine, depuis 48 heures, venait de reparaître brusquement à la base à gauche (bouffées de râles crépitants et submatité très caractérisée). Sulfate de quinine, 1 gramme en quatre doses.

Le 29 août, à sept heures du matin, on notait les symptômes suivants : température 39 degrés, pulsations 120, respiration 28, pouls déprimé, vertiges, tendance à la syncope, défaillance dès que l'enfant cherche à se tenir debout.

Respiration soufflante et submatité dans le tiers supérieur du poumon gauche.

En présence de ces phénomènes inquiétants, je décide qu'un changement d'air immédiat est nécessaire.

On fait prendre au petit malade une tasse de café noir additionnée de rhum pour soutenir ses forces, et à dix heures on le transporte dans un wagon où il est étendu comme dans un lit.

A quatre heures on arrive au lieu de destination ; une maison de campagne très saine, bien aérée, située sur un coteau élevé au bas duquel coule une rivière.

A peine descendu de voiture, l'enfant auquel les forces semblent revenues, refuse de se coucher, va et vient, circule de tous les côtés, et le soir dinait gaiement à la table d' famille.

A ce moment au lieu de la respiration soufflante qui, à 7 heures du matin, occupait le côté gauche, je ne constate plus que de gros râles muqueux ; il y a encore un peu de résonnance vocale, mais la sonorité à la percussion a reparu.

Je note : température 38 degrés, pulsations 120, respiration 24.

Le lendemain le rétablissement se confirmait, et en quelques jours, sans aucun traitement, la guérison était définitive.

Cette observation montre la bizarrerie de cette pneumonie avec disparitions brusques, avec rechutes incessantes, guérie seulement par la quinine et finalement par l'éloignement de l'enfant des germes infectieux.

INFLUENCE PALUDÉENNE SUR LA PLÈVRE.

Les affections des séreuses sont sujettes, elles aussi, à des processus stadés, à des varations symptomatiques et pronostiques caractérisées, et nous n'avons pas lieu de nous étonner de cette influence miasmatique, si nous songeons combien fréquentss ont, dans les pays malariens,les accidents cérébraux par altération des méninges. Diverses arthropathies en outre relèvent de ce poiut de départ et de grandes analogies pourraient s'établir entre les évolutions qui ont lieu dans les plèvres et celles qui ont lieu dans les séreuses articulaires à l'état pathologique, avec cette différence toutefois que les états généraux qui régissent les arthrites, retentissent bien plus fréquemment sur les membranes du cœur que sur les méninges. Sans vouloir élever cette assertion en argument, nous pouvons dire que la quinine employée judicieusement jugule quelquefois un rhumatisme aigu,même intense, et dans tous les cas l'emploi préalable de la quinine favorise d'une manière étonnante l'efficacité du salicylate de soude. Cette remarque a suffi pour éveiller notre attention sur les rapports des affections séreuses de cette nature avec l'impaludisme dans les marais de la basse Vendée.

En fin de compte et d'une manière générale, on constate,

dans la pleurésie comme dans les bronchites et les pneumonies, de véritables ondulations pathologiques, toujours caractéristiques de l'élément pernicieux. Il y a presque toujours une connivence entre l'exacerbation fébrile et l'extension de l'inflammation de la séreuse; alors en effet, la douleur pongitive du point de côté devient immédiate, subite, présentant d'une façon inopinée son maximum d'acuité. En dehors de cette modalité, le point de côté est soumis aux mêmes variations que dans la pleurésie franche, continu ou intermittent, s'exaspérant ou non par la pression sur les espaces intercostaux. Peut-être même que la violence particulière de la douleur dans ce cas d'influence pernicieuse, tient à la facilité avec laquelle le paludisme attaque l'élément nerveux, car il faut vraisemblablement rapporter la douleur à l'inflammation des nerfs intercostaux.

Une fois cette névrite exaspérée pendant la période d'accès fébrile, elle ne se continue pas et le stade de détente apporte une diminution dans les signes sttéhoscopiques. Aussi pendant la période de sudation, l'égophonie devient moins appréciable, ou bien elle a moins d'étendue et si le murmure vésiculaire avait disparu, il tend à reparaître à ce moment-là. Cependant cette rétrocession dans les signes locaux n'a pas une longue durée, elle obéit toujours au même caractère de l'infection, à ces exacerbations et ces détentes qui font reconnaître l'influence paludéenne, si atténuée soit-elle, mais qu'une infériorité vitale suffit à réveiller. Si la pleurésie tend vers la résolution, la détente des signes physiques obéit alors aux destinées de l'épanchement.

La marche terminale d'une pleurésie est bien différente de la normale dans ces cas larvés. En effet, la résolution temporaire des symptômes pleurétiques, comme nous venons de le voir, est insignifiante, quand la fièvre revêt deux exacerbations quotidiennes, ce qui rend le pronostic grave; ce dernier peut toutefois devenir très réservé, même avec un type fébrile quotidien simple. Ces données générales permettent de conclure que, d'une façon générale, la gravité et la rapidité du processus sont en rapport avec la violence des prodromes, avec l'intensité que revêt l'infection primordiale ou surajoutée. Les observations ci-jointes, quoique sommaires, en fournissent la démonstration.

Aussi, il y a le cas où la première poussée de fièvre amène un épanchement d'un côté et une seconde entraîne l'extension au côté opposé; enfin, une troisième est fatale. De quelle façon cette terminaison funeste se produit-elle? Elle est loin d'être identique et ce n'est point l'asphyxie, sous l'influence du liquide, qui, presque toujours, amène la mort. L'étude exacte et minutieuse des symptômes montre l'origine d'nne gravité soudaine dans l'extension au médiastin.

C'est dans ces cas que les signes fonctionnels prennent une importance considérable par retentissement sur le phrénique, le pneumogastrique ou les gros vaisseaux, et l'on a la pleurésie diaphragmatique avec la fièvre intense, sa douleur violente, respiration convulsive, enfin, sa terrible exagération des symptômes locaux. Chez un malade ainsi affecté, la percussion, l'auscultation sont pour ainsi dire infructueuses, par l'absence presque complète des

signes physiques. Ailleurs, la phlogose se porte sur le péricarde, avec toutes les conséquences de cette localisation. Dans d'autres cas, c'est aux méninges que se fait l'extension et parfois la méningite ne devient plus une complication, mais une manifestation de l'état général, primant les autres avec un pronostic souvent fatal. Cette fréquence de symptômes cérébraux, dans la pleurésie influencée par les miasmes paludéens, a son importance diagnostique et pronostique. En effet, des symptômes cérébraux survenus avec une fièvre modérée, annoncent plus sûrement la méningite vraie que s'il y a de grands excès de température, car, alors, les désordres du cerveau peuvent être rapportés au surcroît thermique lui-même.

De ces considérations, il est permis de retirer les conclusions suivantes que nous regarderons comme assez rigoureuses.

Il ne faut pas songer à ponctionner la plèvre quand on peut soupçonner une des causes de gravité ci-dessus, par extension au médiastin ou aux méninges, et si l'on n'a pas modifié d'une manière suffisante la période aiguëe dans ces formes pernicieuses. Les observations montrent que faute de se conformer à ces idées, la ponction perfectionnée avec l'appareil Dieulafoy, a un effet nul, c'est-à-dire n'empêche point la mort.

Les idées générales que nous venons d'émettre sur l'influence paludéenne relative à la séreuse pulmonaire sont confirmées dans les observations que nous relatons ; si elles ne sont pas détaillées au jour le jour, comme celles prises à l'hôpital, elles sont toutefois exactement étudiées, soumises au critérium expérimental du docteur Ygonin, qui nous les a gracieusement transmises :

OBSERVATION I.

En mars 1892, le nommé P..., du hameau des Nattes de Benet, travaillait un matin, de bonne heure, à rentrer du foin, quand, son ouvrage terminé, il part immédiatement pour la foire par un temps froid.

Le lendemain matin, P..., est pris d'un violent frisson [avec céphalalgie, toux sèche, le pouls à 110 et la température à 39°5.

Revu vers les quatre heures du soir le même jour, le malade est en proie à une sueur considérable nécessitant de multiples changements de linge — pouls 95 — température à 38°5. L'auscultation ne révèle qu'un peu de respiration soufflante dans les sommets et le malaise courbatural s'est amendé, mais il y a un peu de toux encore et un affaissement extrême.

Le même soir, entre 11 heures et minuit, le médecin est rappelé. Depuis une heure environ le malade est en proie à une angoisse extrême — pouls 115 — température 40°. Apparition de râles sous-crépitants au sommet droit et épanchement dans le même côté. Application d'un large vésicatoire, un gramme de quinine, etc.

Devant l'expression des craintes du médecin, on appelle le Dr Y., de Fontenay.

Le lendemain dans l'après midi rencontre chez le malade qui, dans le moment, était dans le même état que la veille.

Le Dr Y. constate la pleurésie et malgré la relation du début de la maladie déclare qu'il reviendra faire une ponction du thorax, dès le lendemain matin, de bonne heure. Entre 11 h. et minuit, comme la veille, la température monta à 40°7, l'agitation revient, puis un délire violent qui ne cesse qu'au moment de la mort, survenue quelques heures après, et trois jours et demi après l'éclosion de la maladie.

OBSERVATION II.

Voici un autre cas de pleurésie à processus rapide. Mr B... à Benet, en octobre 1886, est pris, pendant trois jours, de malaises consistant en un état muqueux avec anorexie, nausée, ainsi que d'une fièvre d'accès.

Le quatrième jour, à l'heure de l'accès, M. B. se trouve pris par un point de côté et l'auscultation relève une pleurésie à gauche. Quinine mal tolérée. Vésicatoires.

Le cinquième jour l'épanchement est considérable. Le soir du même jour un médecin de Niort est adjoint par la famille. Il reconnaît la pleurésie à gauche. Trouvant extraordinaire l'idée d'exacerbations tenant à l'état pleurésique ou à leur dépendance, il se borne aux drastiques et diurétiques.

Le lendemain sixième jour, le cœur est gêné et se convulse. Dans la soirée un délire violent se déclare, s'apaise dans la matinée du septième jour, puis reparaît quelques heures après et ne cesse plus pendant encore trois jours.

La mort survient le dixième jour après le début de la pleurésie.

OBSERVATION III.

En mars 1897, pendant une épidémie de grippe, la femme C. 38 ans, est prise d'un lombago intense. Les douleurs de reins résistent aux sinapismes et aux tentatives de sudation.

Le lendemain 30 mars, température 39°4. Pouls très rapide et difficile à évaluer, 130 ou 140. Il y a de l'égophonie dans tout le côte gauche, sans toux ni expectoration. Diagnostic d'une pleurésie à forme grave.

On demande un autre médecin qui parle de fluxion de poitrine pour satisfaire les présomptions de l'entourage. Au

confrère, on déclara la persuation de l'absence complète d'état pneumonique et la conviction d'une fièvre pleurétique insidieuse, tout en ne voulant pas pousser plus loin la discussion sur le diagnostic. Prescriptions : kermès, vésicatoires, digitale.

1er avril. Surlendemain, à 9 heures du matin, pouls 115. Température 39°2. A 4 heures du soir, 130 et 39°8. Matité murale absolument complète dans tout le côté gauche. Oppression extrême.

Détente sudorale dans la nuit mais de courte durée, car avant le lever du jour il y avait du subdelirium, de la mydriase et de la diplopie.

2 avril. Les symptômes persistent en partie, mais moins intenses. Dans la soirée ils reprennent plus d'intensité. Pouls 130. Température 39°8. Pendant que les symptômes cérébraux s'accusent, les symptômes thoraciques cessent d'être accusés par le malade.

L'état méningitique progressa presque sans relâche. Après un délire complet de 36 heures, pendant lequel apparaissent quelques contractures, un coma de 4 heures survient, puis la mort le 6 avril.

Nous ferons remarquer, dans cette observation, comment l'extension aux méninges s'est faite avec une fièvre élevée, contrairement à ce qui se passe dans les méningites d'emblée.

INFLUENCE DU PALUDISME

OBSERVÉE DANS DES FIÈVRES SAISONNIÈRES GASTRIQUES.

C'est surtout aux saisons chaudes et particulièrement au commencement et à la fin, que l'on voit ces manifestations à type périodique, localisées sur l'estomac ou l'intestin ; l'influence paludéenne est en effet plus prononcée à ces époques, comme nous l'avons dit au début. Ces fièvres, dites saisonnières. sont le plus souvent le résultat d'un assemblage de causes diverses. L'économie se trouve à la fois envahie par l'action de la malaria, par une température atmosphérique élevée, jointe à une grande humidité, et il n'est pas jusqu'à l'état électrique qui ne vienne apporter son influence désorganisante. Aussi, sous la multiplicité de ces agents, l'organisme est frappé dans sa force vitale et, par conséquent, sa résistance à toute action pathogène devient moins active, l'expression de sa vitalité est bouleversée et se traduit, le plus souvent, par l'hyperthermie. Ajoutons à cela de nombreuses causes provenant de fatigues, d'épuisements de toutes sortes, de conditions hygiéniques défectueuses, et cet état de réceptivité servira amplement l'influence miasmatique apportée par l'eau, le sol, tout le milieu ambiant du pays maréca-

geux. C'est ainsi que la fièvre gastrique,ou plutôt gastro-entérique, emprunte ses caractères à l'endémie régnante, au paludisme. Souvent aussi la fièvre thyphoïde se trouve influencée par la même cause, de sorte que de la fièvre éphémère synoque à la dothiénentérie, en passant par la rémittente gastrique, il y a toute une gamme variée, issue de l'insinuation palustre. Par suite même de ce rapprochement étiologique, n'y aurait-il pas lieu de compléter les rapports dans l'évolution des deux maladies et de conclure que la spécificité de l'une, la malaria, suffit, sinon à engendrer, du moins à régler l'autre, la fièvre gastrique, dans son évolution symptomatique? Pour montrer combien de malaises passagers inaperçus en sont rapportés à d'autres causes qu'au paludisme, citons ces paroles du docteur Grall : « Malaise général, inappétence, insomnie de la seconde moitié de la nuit avec frisonnement et sentiment d'horripilation ; migraine au réveil, état nauséeux qui s'exagère aux heures chaudes de la journée........., tout se borne parfois à ces quelques manifestations. Le plus souvent,au bout de quatre à cinq jours de cet état mal défini, la fièvre s'établit sans grand fracas; souvent le malade n'en a pas conscience. le chiffre de 38 à 38°5 est le maximum. Dans la soirée, le malade accuse un mieux-être, mais vers le milieu de la nuit, le mal de tête recommence ; au lever, la fatigue est grande et le thermomètre accuse déjà une température sous-fébrile........

Cet ensemble de symptômes qui caractérisera l'état paludéen en sera peut être toute la manifestation, comme aussi le processus peut s'étendre. Combien souvent, aux

changements de saison, n'est-il pas donné d'observer ce tableau symptomatique ! Nous avons été témoin d'une petite épidémie localisée, en septembre 1897, dans la commune de Mazeau, qui nous a permis d'esquisser les idées générales suivantes, basées sur les quinze cas observés.

La fièvre gastrique, qui ressemble à l'embarras gastrique fébrile classique, peut rester gastrique, comme elle peut devenir gastro-entérique. Toutefois elle peut, d'un autre côté, être gastro-entérique d'emblée et présenter des analogies avec la forme dothiénentérique dite muqueuse.

Cette fièvre, le plus souvent saisonnière dans la contrée, présente les signes différentiels suivants avec la fièvre typhoïde Elle offre des exacerbations plus tranchées, avec des détentes de sueurs et de diarrhée, bien que thermalement le stade de détente soit incomplet.

On n'observe pas de taches rosées ni de pétéchies et, exceptionnellement, des hémorrhagies intestinales. Dans nos observations il n'y eut en effet aucune manifestation cutanée, et cependant des hémorrhagies se présentèrent trois fois, dont l'une suivie de perforation intestinale et de mort. En ceci nous sommes heureux d'avoir l'assertion de divers auteurs affirmant l'existence rare, il est vrai, d'accidents analogues à ceux de la dothiénenterie (Kelsch, Kiener, Carre).

La fièvre gastro-entérique, bien que pouvant être grave, est plus susceptible d'être influencée, parfois enrayée par une médication appropriée, tandis que la fièvre thyphoïde avorte très rarement, conserve une durée fatidique de cinq

à six semaines, ramenée souvent par les bains à trois ou quatre semaines, mais jamais moins. Par contre,la fièvre gastro-entérique est quelquefois d'une longue durée et sujette à une chronicité particulière.

Elle présente, dans certaines circonstances, une forme spéciale grave caractérisée par une sécheresse extrême des muqueuses et du subdelirium, mais elle n'amène presque jamais, comme la dothiénentérie d'emblée. ni la pneumonie hypostatique, ni la tympanisation par abolition des mouvements péristaltiques.Ces symptômesdevenant souvent de véritables complications, n'existent presque pas dans la fièvre gastro-entériqne, laquelle reste, comme nous l'avons dit, une fièvre rémittente avec localisation gastro- intestinale. Par le fait de l'hyperthermie, il est certain que des apparences typhiques peuvent donner lieu à un diagnostic douteux. que, dans ce cas, la recherche du bacille d'Eberth est de nature à éclaircir. Cette localisation qui entraîne rarement un travail ulcératif, comme dans la typhoïde, consiste dans une phlogose avec rougeurs et tumescence, s'établissant plus ou moins graduellement et se résolvant quelquefois par une desquamation remarquable. Nous avons vu plusieurs fois des anneaux membraneux et de véritables tubes entraînés par les selles. Cette résolution est très lente, dure dans certains cas, deux, trois et quatre mois.

Nous ne saurions poser ces considérations,sans en tirer des conclusions, mais nous ferons remarquer auparavant, que c'est à l'expérience seule que nous nous sommes adressé, et que c'est cette même expérience qui nous dicte ces déductions. Bien entendu elles sont d'un ordre

local, c'est-à-dire étendues seulement aux pays maréca geux qui nous occupent.

La fièvre gastro-entérique ordinaire peut être amenée par l'embarras gastrique et s'accompagner d'état fébrile continu ; c'est l'état gastro-entérique fébrile de quelques auteurs. Elle est, dans la majorité des cas, d'étiologie paludéenne et présente alors, plus spécialement, la plupart des caractères distinctifs que nous avons indiqués; ainsi donc, il y a une fièvre gastro-entérique, comme il y a une fièvre pneumonique, ce que nous avons cherché à démontrer précédemment. Cette affection est d'essence miasmatique tandis que la typhoïde est bacillaire, elle peut être endémique et l'autre est épidémique et contagieuse. Il y a donc lieu de conserver à chacune leur entité morbide sans embarrasser davantage ici la nosologie des fièvres.

Nous devons dire aussi qu'il n'y a aucune incompatibilité entre elles et que, par suite de coïncidences ou de contagions, la fièvre typhoïde peut se greffer sur un état gastro-entérique fébrile, sans qu'il soit utile de faire de ce greffage une affection particulière. Dans l'épidémie qui a servi de thème à ce sujet, on n'est pas forcément amené à admettre une telle simultanéité et, dans quelques cas, la marche et l'enchevêtrement des symptômes a été tel que, si l'on peut croire avoir eu affaire à des typhoïdes, celles-ci ont été très certainement modifiées par l'impaludisme. Et cette contingence, tendant à former unité morbide, a pu d'autant mieux avoir lieu, que les fébricitants seront toujours les premiers à contracter une dothiénentérie plus ou moins épidémique.

MANIFESTATIONS PALUDÉENNES

INTÉRESSANT LES MÉNINGES ET LES EXPANSIONS DE LA MOELLE.

Chez les enfants, on rencontre, souvent, la forme méningitique des fièvres larvées, qui revêt une si grande analogie avec la méningite tuberculeuse ou simple, que la confusion est fatale, si on ne songe à l'étiologie et à une marche particulière de cette terrible maladie. Nous avons, en effet, la méningite traumatique, la méningite tuberculeuse, rhumatismale, congestive, par insolation, etc... ; mais, quand la pathogénie de l'inflammation des méninges ne sera ni dans une chute, ni dans une insolation, ni dans une soudaine éclosion de tubercules, le diagnostic devra chercher d'autres éléments. C'est ici que l'influence étiologique est d'un précieux secours, relativement aux marais de la Vendée; nous trouverons des cas où les causes précédentes n'entrent pas en jeu, où la granulie devient trop déconcertante, par sa souveraineté, chez un sujet vigoureux, pour ne pas faire appel aux germes paludéens. La fièvre méningitique existe-t-elle ? Nons répondrons : oui elle existe, mais elle ne guérit pas beaucoup mieux que les autres méningites. C'est la fièvre cérébrale chez l'adulte.

Les causes les plus fréquentes de méningite, dans les campagnes de la Vendée, sont dues à de l'hyperthermie locale, ou à de l'impaludisme pernicieux : quelquefois elles se combinent. Nous avons dit hyperthermie locale, car l'hyperthermie de la fièvre typhoïde peut bien amener des symptômes méningitiques, mais, très rarement, la méningite vraie. Il faudrait, pour la formation de celle-ci, une hyperthermie considérable et persistante, ou alors une influence pernicieuse paludéenne. Nous pouvons établir, d'après onze cas observés autour de Beuet, dans l'espace de cinq années, une discussion diagnostique, non sur la dénomination de l'affection, mais sur son essence. Dans les onze cas nous ne faisons du reste pas rentrer des maladies diverses, plus ou moins infectieuses et terminées par la méningite. Et du reste celle-ci n'était-elle point d'essence paludéenne comme l'affection initiale? Mais prenons les cas essentiels. Les détails de faits précis manquent malheureusement trop à la mémoire pour les citer complétement; aussi, sans vouloir éluder cette question de documents, pouvons-nous affirmer qu'il reste assez d'impressions cliniques à l'esprit pour en dégager les considérations ci-après.

Les causes déterminantes ont été variables et, dans trois cas, des antécédents peuvent faire admettre l'insolation. Tandis que, pour des faits de méningite traumatique, l'éclosion était tantôt immédiate, tantôt précédée d'une incubation parfois occulte, parfois révélée par quelques troubles sensoriaux (nystagmus, diplopie), sans fièvre, nous avons au contraire, dans les autres cas, une période fébrile rémittente. Chez un petit malade de onze

ans, dont le souvenir nous est plus exact, cette période a été remplie par une névralgie dentaire intermittente, d'une durée de dix-huit jours. Chez deux malades, un garçon de sept ans et une jeune fille, C..., à Sainte-Christine, elle a été de quinze jours, tombant à neuf jours chez une autre fillette et à trois jours dans un cas plus ancien.

L'éclosion a-t-elle pu se rattacher à une influence d'hyperthermie fébrile? Jamais, les maximums ayant été, pendant la période prodromique, de 39° degrès, et, avec cela, passagers. Même au moment de l'éclosion, du reste, même en plein état confirmé, ce maximum n'était pas dépassé ; on peut même dire que les fortes céphalées plus ou moins persistantes que l'on ne peut attribuer à l'hyperthermie sont d'un fâcheux présage. Alors, quand l'éclosion se produit sans autres circonstances déterminantes connues qu'un état rémittent fébrile, ne peut-on donc pas avoir une fièvre à localisation méningitique, localisation dont on ne peut suivre les progrès, comme dans les poumons et les bronches. Sans autres moyens d'investigation, il faut se contenter de la symptomatologie. Le processus est rapide et sans rétrocession, la fièvre éclate d'une façon brusque et qu'on ne peut expliquer autrement que comme nous venons de le dire. L'on peut d'autant moins concilier les prodromes avec ceux de la méningite tuberculeuse que la santé et la vigueur de certains sujets excluent l'idée de tubercule et que, faute d'autres antécédents, le diagnostic étiologique ne peut se baser sur quoi que ce soit. Trois des sujets que nous rapportons ont eu une éclosion signalée par des vomissements qui augmentèrent, à la suite d'une dernière exacer-

bation, le lendemain. Une détente sudorale dernière peut retarder les signes de l'épanchement cérébral de deux ou trois jours, mais, quand elle n'a pas lieu, la céphalée diminue, la somnolence arrive puis la mydriase et le coma.

On peut même dire que la fièvre méningitique présente, plus rarement que la méningite classique, la période de délire et de contracture. Les progrès de la maladie peuvent encore avoir un processus insolite, qui se rattacheront à des circonstances particulières, soit anatomiques (cloisonnements dans l'arachnoïde), soit pathologiques (adhérences). Ainsi les premiers symptômes, chez cet enfant de onze ans déjà cité,ont été la paralysie de la vessie, puis la constipation opiniâtre, puis subitement de la dysphagie ; l'extension se faisait donc du côté du cervelet plutôt qu'en avant. Ainsi l'éclosion brusque et inexpliquable de la fièvre, le manque d'antécédents permettant de trouver la cause de l'état méningitique, la marche de la température dépassant le plus souvent 39°, tandis que dans la méningite vraie on n'a que 38 et 39 degrés, toutes ces anomalies, jointes à processus souvent bizarre, sont de nature à donner l'éveil sur la fièvre méningitique.

Pourquoi alors, si la méningite n'est pas un fait d'intercurrence, occasionné par une cause postérieure à la fièvre, et si elle n'est pas tuberculeuse, se heurte-t-on à une incurabilité presque complète ? Cette affection a cela de particulier qu'elle amène de *très bonne heure*, même avant l'éclosion imminente, une abolition de l'absorption médicamenteuse par l'estomac,et cette intolérance gastrique gagne rapidement l'intestin. Non seulement la quinine

est mal tolérée, mais encore elle a une influence cérébrale qui peut contrebalancer son action curative. L'absorption, par le tissu cellulaire, dure alors bien plus longtemps, et nous avons dû à la voie hypodermique une absorption malheureusement trop tardive de divers médicaments qui, chez le même petit malade, ont amené des périodes de rétrocession remarquables. Elles n'ont été que de quelques heures, il est vrai, cependant elles ont prolongé la maladie d'une façon exceptionnelle ; les prodromes ont été de dix-huit jours. L'affection, dans ce cas, a été d'une telle durée, que l'inanition pouvait entrer en ligne de compte, dans les causes de la mort. Il serait donc intéressant de voir quels résultats donnerait, en ces circonstances, la thérapeutique immédiate par la voie hypodermique. Si rares que soient les périodes de rétrocession par cette méthode, il est permis d'espérer mieux réussir avec l'expérience acquise ultérieurement.

La nosologie des affections nerveuses s'est considérablement accrue, depuis quelques années, et a permis d'éclairer certains points, hier encore du domaine des hypothèses. Sans embrasser la grandeé tendue des affections générales cérébro-spinales, parce que des documents suffisamment précis nous en empêchent, nous voulons étudier maintenant l'influence du paludisme, spécialement en rapport avec les expansions terminales de la moelle épinière. Cette étude sera d'ailleurs plus compatible avec notre champ d'expérience et plus fructueuse, au point de vue de nos essais thérapeutiques ultérieurs.

Parmi les affections nerveuses aissi délimitées, et dont

le cadre est néanmoins assez vaste, une question étiologique se présente d'abord à l'esprit. Affirmant d'abord, sur la foi de nombreux auteurs, que la plupart des dyscrasies nerveuses peuvent subir l'influence du paludisme, il nous importe de savoir comment, et dans quelle mesure, cette dernière se manifeste. Et il ne faut pas oublier que, vu la marche cachée, l'allure peu régulière de germes paludéens atténués, nous nous mettons aux prises avec de véritables difficultés diagnostiques, convaincu malgré tout que la perniciosité existe dans nombre de cas.

Les désordres nerveux qui subissent l'apport miasmatique sont surtout nombreux quand ils se rattachent à une cause rhumatismale entre autres. En outre, le mode infectieux peut être différent, en ce sens qu'on devra étudier si l'affection a seulement subi l'influence paludique, ou si elle est d'emblée une manifestation de cette dernière. Quelques considérations expérimentales aideront à éclairer ce diagnostic pathogénique.

L'élément rhumatismal domine et semble exclusif si, chez un malade, il y a eu des antécédents arthritiques, si les articulations habituellement envahies sont les mêmes, si le processus fluxionnaire est instable et si la fièvre rhumatismale n'a que des moments de détente très incomplets et très irréguliers.

Quand les accès sont extrêmement douloureux et tranchés, quand les détentes sont complètes, régulières, plus ou moins sudorales ou accompagnées parfois de diurèse et de diarrhée, quand, avec cela, ces périodes inflammatoires sont suivies d'affaissement, de grande lassitude,

l'élément paludéen est certainement surajouté, s'il n'est pas primordial.

Lorsque la manifestation paludéenne l'est d'emblée, l'intensité de l'accès est extrême et se traduit cliniquement par une phase d'hyperthermie nettement tranchée. C'est dans ce cas que l'on peut donner comme caractéristique le frisson initial, précédant l'élévation de température et faisant rarement défaut. On peut donc considérer alors cette fièvre comme une localisation articulaire, dont les accès, s'ils sont abandonnés à eux mêmes, sont susceptibles d'amener un état général grave, à courte échéance. Cette localisation nettement établie des accès, persiste à affecter l'endroit de l'organisme sur lequel elle est tombée ; les seuls changements possibles seront dûs à l'influence de la quinine. Au contraire, les autres névroses rhumatismales ont un caractère erratique, changent facilement de siège.

Enfin, qu'une névrose rhumatismale relevant bien entendu de la diathèse palustre, soit abandonnée à elle-même, ou insuffisamment combattue, elle va perdre peu de son intensité, et sa symptomatologie fébrile ira en s'atténuant. Mais, très souvent, il persiste des malaises locaux conservant certains caractères de périodicité, qui finissent par diminuer, tout en passant à la chronicité.

Dans ces précédentes assertions, il nous a été donné de présenter des caractéres objectifs particuliers, applicables à toutes les manifestations rhumatismales de nature paludéenne. Cet aperçu clinique serait peut-être insuffisant pour servir de symptomatologie ; cependant, on peut considérer ces caractères fébriles, à exacerbations

périodiques, avec détentes sudorales ou autres, sous l'influence manifeste de la quinine, susceptibles de complications, comme la pierre de touche des états pathologiques chez lesquels on soupçonne le paludisme. Il suffirait, d'ailleurs, de compléter ce tableau par l'étude des signes subjectifs impossibles à relater ici, vu que leur nature subjective les varie à l'infini. L'impressionnabilité du sujet, les conditions étiologiques de la névrose, le sujet de la localisation sont des éléments dont le diagnostic s'inspirera. Par des exemples tirés du retentissement inférieur sur quelques branches de la moelle, on pourrait assister aux douleurs, aux paralysies plus ou moins brusques, durables ou temporaires, aux atrophies consécutives qui sont les résultats de l'intervention pernicieuse.

Il est maintenant intéressant d'étudier la question à un autre point de vue, celui des déterminations morbides, particulières à ces névroses mixtes, sur les organes voisins. D'abord, dans les nerfs crâniens, c'est le trijumeau qui présente une infinité de troubles sensoriaux, suivant les branches affectées et sans même que des branches spéciales soient prises. Ordinairement c'est la branche temporale ou une branche dentaire, ou encore la sous-orbitaire, à l'exclusion des autres ; alors l'affection se généralise souvent, au contact paludéen. Nous avons vu une névralgie dentaire prodromique, ou cause déterminante d'un cas de méningite. Or, si les névralgies dentaires compromettent la vitalité des dents, d'autre part, des dents compromises sont un appel à la névralgie ; de façon qu'en présence de ce cercle vicieux, il vaut mieux obturer les dents malades d'abord et, ensuite, si les douleurs reparaissent,

c'est qu'elles ont très probablement un type et une origine paludéenne.

C'est au sujet des nerfs rachidiens qne nous tronverons encore les effets de ce retentissement sur les organes voisins. L'explication en est résolne par beaucoup d'auteurs par des causes réflexes. Mais, dans nombre de cas, il faudrait, croyons-nous, y voir l'effet des relations anatomiques des nerfs affectés, soit avec le plexus du grand sympathique, soit avec les branches grêles qui en émanent. Quelles qu'en soient les causes, les affections nerveuses d'ordre rachidien entrainent des troubles fonctionnels donnant lieu aux considérations générales suivantes.

Leurs manifestations dépendent des branches affectées ; leur intensité dépend du degré d'acuité des accès névralgiques et aussi des prédispositions individuelles. Les branches nerveuses, comme les antres organes, sont soumises en effet aux causes générales qui régissent et favorisent l'éclosion de l'influence paludéenne.

Quand la période aiguë est enrayée incomplètement, les troubles fonctionnels peuvent continuer, peuvent suppléer aux manifestations douloureuses des nerfs affectés, même quand on trouve des points à peine sensibles, aux deux émergences des intercostaux par exemple. Cette remarque concorde avec la teneur des considérations étiologiques générales, montrant qu'à ces manifestations aiguës peuvent succéder des malaises locaux chroniques, aux caractères périodiques

Ces troubles fonctionnels ne peuvent, qu'au bont d'un temps fort long et seulement d'une manière exceptionnelle, ou par disposition héréditaire, devenir le point de

départ d'affections organiques. Prenons, par exemple, les névralgies des 3e, 4e et 5e espaces intercostaux : elles peuvent amener des troubles nerveux du côté du cœur, rarement des altérations rythmiques, mais des palpitations particulières qui redoublent pendant l'exacerbation. Elles amènent à conclure ceci. Ces palpitations ne sont pas en rapport avec l'état fébrile et n'en dépendent point ; elles offrent, comme caractères spéciaux, une grande rapidité du pouls et, pour caractères subjectifs, des sensations de frayeur, d'angoisse, d'étouffement. Quand l'état aigu passe, les douleurs névralgiques s'éloignent, s'atténuent et cependant, très souvent, les palpitations persistent encore, comme des crises plus ou moins périodiques, avec une impulsion moins énergique du pouls, mais avec des retours de frayeurs, ou de cauchemars pénibles. Cet état n'amène pas d'altérations valvulaires, il est toutefois susceptible d'amener un peu d'hypertrophie au bout d'un temps non pas variable, mais presque toujours fort long.

Ce tableau de considérations cliniques pourrait, de même, être esquissé pour d'autres organes, en faisant saillir les modifications particulières inhérentes à la physiologie de l'organe lui-même, mais il deviendrait fastidieux. Qu'il nous suffise de dire qu'il concorde avec celui des troubles fonctionnels symptomatiques et que la concordance se vérifie le plus généralement.

Après avoir vu la modalité imprimée par le paludisme aux névroses rhumatismales et, d'une façon générale, aux organes voisins innervés par les paires rachidiennes, nous pouvons rattacher, cependant, à ce sujet certains retentissements sur le tube digestif. Des troubles gastri-

ques peuvent, en effet, naître des 5e, 6e et 7e paires dorsales et des désordres qui en sont la conséquence, soumis à des paroxysmes plus ou moins périodiques. Les premiers troubles qui apparaissent sont les vomissements, plus marqués, plus persistants du reste, quand les douleurs ont pour siège le côté droit du tronc. Si elles s'étendent à l'hypocondre gauche, ou si les paroxysmes sont plus violents, les vomissements sont plus spécialement bilieux, et il peut survenir de l'ictère. La prédominance du symptôme douleur sur certaines portions de l'appareil digestif est susceptible d'engendrer des accès gastralgiques, entéralgiques ou hépatalgiques. Que cet état se prolonge, et il s'accompagnera de troubles d'altération dans les sécrétions, de gastrorrhée ; en un mot la névrose se complique. Et cependant l'organe n'est pas, du moins dans les premiers temps, franchement malade. L'état névralgique primitif a pu n'avoir eu que deux ou trois jours d'apparition, les désordres gastriques l'ont suppléé et, quelque temps après, ces derniers appelleront des troubles dans la nutrition.

Cette question ainsi envisagée amène de nombreux cas de diagnostic différentiel, tels qu'entre les névralgies du thorax et les points pleurétiques, entre la névralgie lombaire et la colique néphrétique, etc... De même, un point qui attire notre attention et que nous ne ferons qu'indiquer, c'est la relation qui existe entre les névralgies du rachis et la masse intestinale ; ces relations sont multiples, fréquentes, et constituent des diagnostics intéressants. Ainsi la colique nerveuse, la diarrhée d'origine nerveuse existent et dérivent de l'impaludisme,

comme les névralgies qui en sont souvent le point de départ. L'influence réflexe ou anastomotique se fait sentir sur l'intestin d'une manière remarquable et variée ; dans ce cadre on peut faire rentrer l'entéralgie et l'entérite rhumatismale de différents auteurs. Car, maintes fois, les troubles fonctionnels sont tels que l'affection intestinale prend le pas sur les névralgies qui les ont engendrés. Ces dernières sont fréquentes et elles succèdent d'ailleurs souvent à des courbatures du rachis, à des lombagos, si communs. Nous avons eu des cas remarquables d'influence réflexe dans des névralgies du plexus sacré. Le retentissement a lieu, chez l'homme, sur la vessie, la région prostatique, sur le rectum, sur le sphincter ; chez la femme, la question est plus complexe et donnerait lieu à différents points de pathologie utérine. De même pour le plexus sciatique.

Faut-il induire de ces allégations sur toutes les névroses symptomatiques, qu'il ne faudrait pas admettre la névrose idéopathique sans antécédents, du côté des expansions nerveuses périphériques ? Bien loin de là est notre idée car nous avons voulu seulement exposer une cause souvent méconnue de ces névroses, voilà tout. Elles existent, elles relèvent de l'impaludisme comme dans les observations suivantes, prises entre mille, mais qui seules restent assez présentes à la mémoire dans leur exposé.

M. C..., employé à Niort, est dyspeptique depuis plusieurs années. Les alcalins, les absorbants, diverses eaux minérales restaient sans résultat ou n'amenaient que des soulagements temporaires. En 1884 il s'adresse au Docteur Y... qui emploie les plantes indigènes amères ;

l'amélioration se caractérise avec plus de fermeté. Mais disait-il, il prenait une sorte d'indigestion toutes les trois ou quatre nuits, autour de 11 heures. Sur l'avis du médecin il reste quelques jours sans souper et cependant l'indigestion nocturne persista.

Il est reconnu alors une névrose à type quarte et elle est combattue. Elle prend un type hebdomadaire; finalement, grâce à une médication rationnelle, la situation s'améliore et M. C... recouvre la santé.

Le fermier B... travaillait à couper des joncs sur un marais, le 15 octobre 1897. En rentrant pour souper il est pris, en route, de frissons et de coliques, et se couche dans sa charrette.

La nuit, les coliques deviennent intolérables, s'accompagnent de diarrhée, de nausées et de lympothie.

Le matin suivant, à 5 heures, le malade avait la face convulsée, les yeux excavés, en proie à une forte sueur. Tempér., 39·4, pouls irrégulier à 110. Une heure après, le malade prend un gramme de caféine dans quinze grammes de quina en décoction. La journée fut bonne mais, dans l'après-midi, les douleurs reparurent encore pendant trois heures sans cause appréciable, puis ne revinrent plus.

§

Influence morale de l'impaludisme. — Peut-on admettre que la lypémanie ait pu avoir l'impaludisme comme point de départ ? Nul n'ignore l'influence morale de la

dyspepsie, et dans un ordre d'idée qui touche à notre sujet, l'hystérie et le paludisme ont été étudiés comparativement, ce qui a permis de montrer que, souvent, ce dernier est la genèse de l'autre. Nous allons montrer ce qu'on peut observer et entendre chez certaines personnes entachées de perniciosité, surtout dans les névroses consécutives à cette influence.

Les conséquences morales de ces affections ont des degrés d'intensité qu'on peut désigner progressivement, suivant leur processus, par changements relatifs dans le caractère, par l'hypocondrie, la mélancolie, quelquefois la misanthropie, enfin la lypémanie.

Tout en faisant une large part de causalité aux soucis, aux contrariétés, aux chagrins, même à l'hystéricisme et à son rôle dans les états moraux, on trouve souvent des cas où ces divers motifs n'étaient que causes occasionnelles de changements moraux plus ou moins accentués.

De plus, l'examen attentif des sujets fait acquérir la conviction suivante, que ces troubles intellectuels ou autres finissent, au bout d'un temps variable, par se dégager de leurs causes pour fusionner de plus en plus avec la maladie primordiale et en devenir une expression principale. Le paludisme reconquiert alors tous ses droits d'agent de détermination de ces névroses. Nous ne donnerons parmi de nombreuses observations que les plus bizarres, celles où se retrouve le plus d'analogie.

Un garçon de 16 ans, à Benet, après des accès de fièvre dont il avait eu de la peine à se débarrasser, présentait

des accès de stupidité et d'inconscience correspondant, à peu près, aux moments des accès fébriles. Il refusait les remèdes et, quand on voyait arriver le moment de ces bizarreries, on cherchait à les éloigner par la moquerie. Alors il devenait furieux et méchant. On l'envoya dans une maison de correction.

De même, chez des jeunes filles atteintes d'anémie palustre, il a été donné d'observer des apparitions presque régulières, tantôt de simples bouderies misanthropiques portant à l'isolement, tantôt de mutisme, tantôt d'idées bizarres, mélancoliques, obsédantes. Ces obsessions duraient plusieurs heures, et déterminaient, quand elles étaient nocturnes, des cauchemars et de l'insomnie.

A Saint-Hilaire-des-Loges, une jeune fille d'un esprit un peu épais, sentait chaque soir sa tête grossir et, à ce moment, versait des torrents de larmes. La sensation bizarre ne revint que deux ou trois fois et cependant l'accès lacrymatoire se produisit encore plusieurs jours.

En avril 1897, la femme R..., a des accès gastralgiques qui la rendent sombre, d'une mélancolie profonde. Ces accès ayant été enrayés, ils sont remplacés par des crises de serrement de gorge pendant lesquelles elle a peur de mourir, et par des explosions de désespoir. On arrête enfin les spasmes et cependant l'accès d'hypocondrie reparaît pendant plusieurs jours, périodiquement, et avec cette intensité.

En 1892, la femme X..., dans une localité avoisinant Benet, était en proie à une céphalée profonde, intense, probablement congestive, avec antécédents d'hérédité. Cet état, durant depuis plus d'un an, avait des paroxysmes plus

ou moins réguliers, se rapprochant du type tierce, surtout à certaines époques de l'année. Elle prenait du bromure et de la valériane. Les deux ou trois jours par semaine où elle avait des paroxysmes, elle tombait dans un état de mélancolie profonde, au point d'oublier son enfant qui rôdait partout. Des altercations de famille étant survenues, les paroxysmes de mélancolie devinrent de la lypémanie aiguë avec refus de nourriture, désespoir, paroles incohérentes.

Envoyée dans un hospice d'aliénés, elle a des moments de délire et de persécution. Elle y tombe malade.

Ramenée à son domicile elle fut revue de nouveau. A ce moment, on observe une fièvre rémittente infectieuse avec plaies et escarres sur le pied gauche, ainsi qu'une lymphangite. La fièvre était-elle concomitante, ou sous l'influence de l'inoculation septique? Il y avait lieu de croire qu'elle était concomitante.

Après le traitement, cette situation pathologique guérit et l'état mental s'améliora rapidement, redevint presque normal, sauf quelques ébauches d'accès mélancoliques de temps en temps.

A ces considérations tout à fait personnelles, nous avons pensé apporter un caractère particulier en en faisant des névroses mentales sous l'influence du paludisme.

PROPHYLAXIE. — TRAITEMENT

Le paludisme n'a pas toujours présenté les caractères que nous avons essayé de tracer précédemment; il sévissait autrefois avec la rigueur particulière que lui prête le mémoire du docteur Manceau. C'est grâce à d'incessantes luttes de prophylaxie générale que la malaria n'a plus aujourd'hui de conséquences aussi funestes. Elle doit maintenant emprunter ses formes aux maladies intercurrentes, entrant ainsi dans la phase d'une endémie qui s'éteint. Les Marais de la Vendée ont été soumis, comme beaucoup d'autres, à des mesures d'assainissement qui se poursuivent sans cesse, et il n'est pas douteux qu'on arrive, dans un avenir prochain, à donner à ce pays marécageux la même salubrité qu'à la Sologne, à l'Ille-et-Vilaine, etc... Pour supprimer le mal, il fallait en supprimer la cause, empêcher les conditions qui l'engendrent; or quelle adaptation faire de ce principe aux marais, si ce n'est de tendre à les faire disparaître.

Après le tableau que nous avons exposé touchant les causes de la persistance du paludisme, nous n'avons qu'à chercher l'amélioration des mêmes agents, à chercher par quelles mesures on peut anéantir la production et la propagation des miasmes infectieux.

Le changement d'aspect du sol, par le desséchement et la culture intensive d'un côté, de plus grandes facilités pour l'écoulement des eaux d'autre part, la diminution des conditions d'infection pendant les travaux journaliers, une foule de petites transformations dues à une meilleure hygiène, telles sont, dans les grandes lignes, les causes qui tendent à annuler progressivement l'influence paludéenne.

Nous avons, vu en effet, la dissémination des germes, des miasmes, singulièrement favorisée par la décomposition des matières organiques, sous l'influence alternative de la chaleur et de l'humidité. Mais le foyer infectieux occupant, il y a encore vingt ans, une grande étendue de terrain, s'est restreint beaucoup, grâce aux défrichements. Peu à peu, les habitants ont enlevé aux marais leur végétation luxuriante que la nature seule laissait croître et vouait ensuite à la putréfaction ; ils ont, par de grands canaux, dirigé l'écoulement des eaux. On a ménagé, en somme, un système de fossés, grands et petits, pour assurer, dans un immense réseau, le drainage et l'assèchement. Un canal, la Ceinture des Hollandais, circonscrit une grande partie du marais et recueille, en outre, les eaux des contrées qui sont plus éloignées de la mer. Mais la Sèvre-Niortaise est restée le collecteur principal de la majorité des pays marécageux, grâce à une société formée dans le but d'assurer une irrigation rationnelle. Par d'innombrables petits fossés, le Marais entier se trouve couvert d'un lacis de drainage assainissant peu à peu cet immense plaine d'alluvions. Des causes majeures de production du paludisme, la stagnation et l'évaporation des

eaux, pendant les grandes chaleurs de l'été, sont aussi de moins en moins favorisées.

Lorsque, par suite du déversement plus facile de ces eaux dans la Sèvre, le terrain a pu présenter libre accès, pendant la plus grande partie de l'année, la culture s'y est propagée activement. D'abord le soulèvement d'un sol aussi malsain et composé uniquement de détritus organiques fut fort dangereux ; mais les végétaux qu'on a confiés à la nature ont contribué beaucoup à diminuer les dangers du défrichement. Les plantes, en effet, le plus communément cultivées, sont des plantes grasses à évolution rapide et considérable ; nous ferons remarquer, avec les auteurs, combien la nature même du végétal a d'influence heureuse. Ces végétanx, en raison de leur développement excessif, sont susceptibles d'un drainage particulier, en aidant, par leurs fibres, à l'absorption des principes malsains. Le maïs, spécialement, y prend de très grandes proportions et doit donner lieu à une abondante évaporation de par ses larges feuilles et sa tige poreuse, gorgée d'eau. Nous pouvons, dans un cadre plus restreint, rapprocher de cet assainissement par la culture des plantes, la salubrité de certains pays chauds, grâce aux plantations d'eucalyptus globulus, l'amélioration obtenue, en Hollande, par le tournesol aux larges feuilles. Les conditions climatériques ne permettent pas d'avoir recours au premier arbre, et l'industrie du pays ne serait pas de nature à encourager l'excès vis-à-vis de la dernière plante, si toutefois on pouvait le faire avantageusement.

Ainsi donc, dessécher les marais puis les livrer à la

culture continuelle, telle a été la grande mesure prophylactique appliquée.

Nous avons fait remarquer, au commencement de ce travail, que, chaque année, pendant plusieurs mois, le sol se couvre d'eau. Pendant ce temps d'inondation, on n'observe guère de manifestations paludéennes, mais le courant, de son côté, charrie incessamment des détritus de toutes provenances, de sorte que, quand les eaux se retirent, elles laissent matière à infection. Le soleil, l'humidité, les vents se concertent alors pour produire et porter au loin le principe contagieux. Il y a dans ce fait, croyons-nous, une circonstance qui retarde beaucoup et contrarie continuellement la disparition complète de l'impaludisme ; sans les crues, l'assainissement serait certainement plus rapide. Supprimer ces inondations annuelles dans des marécages bas, assurer l'irrigation, afin de ne plus avoir de mares d'eaux stagnantes et peu profondes, au fond vaseux, imperméable, c'est détruire l'infection dans sa source, c'est l'anéantir.

A mesure que la canalisation a assuré de plus en plus le drainage, à mesure que la culture a transformé le sol, la flore s'est aussi modifiée et, avec elle, l'inévitable cortège des insectes en rapport avec la végétation. Nous insistons sur ce fait parce que, nombre d'auteurs voïent là la transmission possible de la malaria à l'homme, en passant par les animaux. D'après le docteur Manson *(British. méd. Journal*, déc. 1895), l'évolution et la propagation du parasite paludéen se réalise par l'intermédiaire des moustiques. L'hématozoaire du paludisme se rencontre, en dehors de l'organisme, sous une forme adéquate à certains

milieux ; cette forme est la forme flagellée. Les flagella seraient les sporules destinés à la conservation de l'espèce, et ce seraient eux qui sortiraient de notre organisme.

Comment ? par les moustiques qui introduisent dans leur estomac le sang malarien. Les flagella s'y fixent et attendent la mort de l'insecte ; les germes sont alors repris par les larves, gagnent l'extrémité cœcale puis sont excrétés. De cette transformation, on peut conclure l'influence considérable des germes malariens dans les terres humides.

Si nous nous sommes étendus sur ces phénomènes, tout récemment confirmés par M. Laveran, c'est pour y puiser des indications précieuses au point de vue de l'hygiène. Et d'abord, combien les circonstances sont changées depuis quelques années. Du temps du docteur Bouté, les insectes étaient si nombreux dans les marais que, le soir, les habitants avaient l'habitude, en été, de se livrer à la *chassée*, c'est-à-dire qu'ils brûlaient de la paille autour de leurs maisons, afin d'éloigner les mouches. Dans le marais actuel, ces bestioles sont appelées *taons* et se font remarquer par leur opiniâtreté à venir piquer les hommes et les animaux, à se coller à la plaie pour se gorger de sang. Ils ont presque tous disparu et, en tout cas, sont autrement moins nombreux qu'il y a seulement une dizaine d'années. Est-ce là un cause qui s'ajoute aux autres pour expliquer l'amortissement du paludisme ? Puisque les faits que nous venons de citer sont reconnus exacts, nous sommes en droit d'en admettre toutes les conséquences.

L'hygiène est bien meilleure depuis 1880, époque du docteur Manceau ; grâce aux communications sans cesse

améliorées, l'habitant a contracté le goût du bien-être avec l'élévation morale et intellectuelle. Autrefois, l'alimentation végétale à peu près exclusive suffisait à nourrir les trois quarts de la population, elle a cédé maintenant la place au régime des viandes ou d'une nourriture substantielle. L'organisme trouve de ce fait une sauvegarde précieuse contre la malaria ; l'alimentation réparatrice augmente la résistance, raffermit le terrain.

Les occupations professionnelles sont certainement mieux comprises ; car, outre qu'elles sont moins pénibles elles tendent à éloigner le travailleur des foyers palustres aux heures les plus funestes. La sortie, à jeun, dans les marais, au moment où le brouillard du matin enlève du sol les miasmes infectieux, pour les donner à l'atmosphère, sera prohibée. Il faudra empêcher, de même, toutes les causes déterminantes de l'infection, le refroidissement, l'exposition prolongée au soleil, les fatigues, les excès alcooliques ou génésiques. On devra, de même, se prémunir contre les agents de débilitation tels que l'insuffisance du régime, l'épuisement de tout genre, etc..... Nous avons vu que le *modus vivendi* contribuait beaucoup à assurer ces règles d'hygiène. L'habitant des Marais de la Vendée n'a plus rien à envier, comme hygiène alimentaire, à ceux des départements les mieux partagés pour la richesse du sol et de ses produits.

Les habitations devraient s'orienter d'une certaine façon par rapport à la lisière du marais. En effet, les obstacles naturels tels qu'une surélévation de terrain, un rideau d'arbres sont funestes pour les germes paludéens et le vent se purifie à leur contact. Il y aurait donc inté-

rêt à placer les façades principales des maisons de façon que les vents, le plus habituellement chargés de miasmes en passant au travers le marais, ne puissent les atteindre, que débarrassés, par le moyen précédent de leur contagion.

Quant à essayer une médication prophylactique, outre son action contestée, il serait difficile de l'imposer, en raison du peu d'attention que les gens prètent à leurs malaises au début. Ils la remplacent avantageusement par l'usage de plus en plus répandu du café et des toniques, dont le principal est le quinquina.

§

La quinine est reconnue depuis si longtemps comme le médicament spécifique du paludisme, que l'indication s'en impose ici. Nous ne voulons pas indiquer un traitement spécial par cet agent curateur, nous ne pouvons que nous conformer aux traditions thérapeutiques. Qu'il nous soit permis seulement de faire ressortir quelques considérations tirées des formes pyrétiques étudiées précédemment.

La quinine est souvent fort mal tolérée par l'estomac, sans autre cause qu'une susceptibilité particulière de l'organisme ; mais le plus souvent, quand la température est élevée, l'estomac ne devient plus apte à l'absorption, et l'intestin lui-même subit la même intolérance. Ces faits nous conduisent à classer les différentes formes suivant lesquelles on peut faire absorber la quinine. La voie stomacale est la plus ordinairement employée et la meil-

leure, quand l'intolérance ne se manifeste pas par la non absorption du médicament ; elle joint sa facilité à son efficacité. — Quand la quinine est rejetée par vomissements, ou bien chez les enfants difficiles, l'intestin doit être choisi. C'est généralement les lavements qui sont la forme médicamenteuse, ou les suppositoires ; dans ces cas il faudra toujours donner un lavement simple pour nettoyer l'intestin. S'il est rendu aussitôt, on recommence en laissant toutefois reposer la muqueuse. — La voie épidermique ne saurait être considérée comme donnant des résultats certains ; elle serait applicable chez les jeunes enfants, comme adjuvant. On fait, dans ce cas, des pommades avec de l'axonge. — L'introduction de la quinine dans l'économie, par le tissu cellulaire, est précieuse dans les cas où il faut une intervention énergique et rapide. Les accès pernicieux sont rares dans nos marais en question, mais il y a certaines pyrexies à forme pernicieuse qui se trouveront bien de ce mode de médication. On pourrait l'employer dans les accès congestifs de la pneumonie paludéenne, comme nous l'avons fait remarquer à propos des méningites du même type, la quinine par la voie hypodermique est de nature à influencer favorablement la maladie.

Dans plusieurs de ces méningites paludéennes, en effet, la séreuse est plutôt fortement congestionnée qu'enflammée ; si la médication quinique échoue presque toujours, ne pourrait-on en trouver la raison dans le mode d'administration. Pour les cas que nous connaissons, on a toujours employé le mode stomacal ou intestinal et cependant il y a eu quelques guérisons ; que doit-on attendre dans

des cas semblables de la méthode hypodermique ? l'expérience seule peut le dire et nous nous promettons de l'employer.

La quinine doit-elle être donnée avant, pendant ou après l'accès ? En se basant sur le temps d'élimination, le raisonnement veut qu'on l'administre six heures avant le retour probable de l'accès. Une façon qui a toujours bien réussi dans les fièvres pernicieuses au type décrit plus haut, et dans le pays marécageux même, est de donner la quinine en deux doses, aussitôt après l'accès, en espaçant suivant la durée du dernier. Les observations et les avis que nous avons recueillis de divers praticiens et que nous avons trouvés relatés aussi par le docteur Tartenson (Traité des fièvres larvées), entrent quelque peu en contradiction avec la règle générale. « De deux choses l'une, dit ce dernier, ou bien le sulfate de quinine est utile et agit efficacement, dès le début de l'accès fébrile, et on doit, dans tous les cas, instituer le traitement sans perdre de temps ; ou bien, il est inutile et nuisible, et alors on doit s'en abstenir, aussi bien dans les accès pernicieux que dans les accès simples... » En réalité, ce médicament est toujours avantageux et souvent très efficace, quand il est administré convenablement. Que ce soit au milieu ou à la fin d'un accès, qu'il s'agisse d'une fièvre légère, ou d'un accès pernicieux, on doit commencer le traitement tout de suite. C'est du reste ce que nous ont assuré beaucoup de praticiens et, sur la foi de leurs bons résultats, nous exposons leur idée.

Nous ne passerons pas en revue les traitements de chaque affection décrite précédemment, chacune sera

traitée d'après le principe thérapeutique qui lui convient. Aussi dans la pneumonie, le remède par excellence sera la quinine, dont on connaît l'heureuse influence sur les manifestations paludéennes. La saignée est à redouter, car elle amène la dépression des forces, alors que l'organisme est gravement atteint par la maladie primitive ; il ne faudrait pas, par conséquent, user de médification spoliatrice. Les bronchites avec leur tenacité, leur durée, leurs récidives seront soigneusement surveillées pendant les mois froids et pluvieux de l'hiver.

La quinine est le médicament de choix, parce qu'il est considéré comme spécifique, il suffira de respecter quelque peu, pas trop, les idiosyancrasies, les intolérances momentanées, de ne pas prolonger inutilement son emploi et de mesurer celui-ci sur la gravité des cas et les conditions inhérentes aux circonstances particulières. On se souviendra enfin que la voie hypodermique offre de précieuses ressources, la quinine étant, d'après Borius, cinq à six fois plus active par cette voie que par une autre.

CONCLUSIONS

D'après ce qu'il nous a été donné d'observer et d'exposer ici, nous avons la conviction qu'il y a, dans les marais de la Vendée, un élément pernicieux, affaibli, il est vrai, mais non encore disparu.

La fièvre paludéenne type, franchement intermittente, rémittente ou continue, est rare. On l'observe quelquefois, surtout aux époques favorables pour l'éclosion des manifestations du paludisme.

Ce dernier revêt presque toujours la forme larvée et se trouve entremêlé diversement avec d'autres affections. Tantôt l'influence palustre suffit à produire et produit seule l'état morbide, de façon à provoquer une coexistence accidentelle ; tantôt elle en est le résultat, mais il n'y a qu'association de symptômes, ou complications et les deux états ne sont pas synergiques. D'autres fois, enfin, le paludisme s'associe tellement à la maladie, qu'on ne peut en démêler la part d'après la symptomatologie.

Il est important de faire le diagnostic dès le début, et c'est le thermomètre qui en est la clef. Sans doute, la première idée qui vient à l'esprit, est de rattacher les symptômes presque invariablement à une affection organique, mais une observation attentive saura reconnaître

la cause unique productrice de phénomènes souvent si disparates.

Aussi, dans des pyrexies suspectes, ne faut-il pas considérer les symptômes comme essentiels, mais les rattacher à un agent infectieux. Or, en présence d'une allure irrégulière, d'accès survenant périodiquement, suivis de détentes sudorales plus ou moins complètes, d'aggravations subites aussi inexplicables que la bénignité qui leur fait suite, tous ces égarements symptomatiques sauront donner l'éveil sur la nature paludéenne de la maladie.

Ainsi compris, le diagnostic acquiert une singulière importance, quand on songe aux ressources que la thérapeutique oppose au paludisme. Au lieu de s'acharner à combattre des lésions locales, cette dernière conduira à des résultats surprenants, toujours de nature à satisfaire la conscience du médecin soucieux de guérir, confirmant ainsi de la façon la plus heureuse ce vieil adage : « *Naturam morborum curationes ostendunt* ».

Vu par le Président de la Thèse :
LABOULBÈNE.

Vu par le Doyen :
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

MANCEAU. Mémoire relatif aux fièvres intermittentes qui ont régné épidémiquement en Vendée, pendant l'année 1831. (*Archives générales des Mém. de méd. et chirurgie militaires*, tome XXXVIII, p. 86.

BONTÉ. *id*. années 1830 à 1833 *Archives générales des Mém. de méd. et chirurg. militaires.* 1re série, p. 36-140, tome XXXVI.

CORRE. Traité des maladies des pays chauds.

KELSCH ET KIENER. *id*.

TARTENSON. Traité clinique des fièvres larvées. 1889, 4e édit.

TROUSSEAU. Cliniques de l'Hôtel-Dieu. T. III, p. 419.

PROUST. Traité d'hygiène.

J. GIRARD. Rivages de la France autrefois et aujourd'hui, 4e édit.

GRASSET. *Thèse*, Montpellier, 1873.

MONTFALCON. Histoire des marais, 1821.

MANSON. *Bulletin médical*, 14 octobre 1896.

Orléans. — Imp. G. MORAND, 47, rue Bannier.